UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919 — N° 6

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU

(EPITHÉLIOME ET SARCOME) chez les Indigènes de l'Afrique du Nord

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Juillet 1919

PAR

Henri-François-André MARCHAND

Docteur ès-Sciences Naturelles

Ex-Préparateur à la Faculté de Médecine et à la Faculté des Sciences de Lyon.

Né à Lyon, le 17 Mars 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. POUJOL, *Professeur d'Anatomie Pathologique*..... PRÉSIDENT.
ARDIN-DELTEIL, *Professeur de Clinique Médicale*.....
TOURNADE, *chargé du Cours de Physiologie*..... Assesseurs.
MONTPELLIER, *chargé des fonctions d'Agrégé de Médecine*.....

ALGER
IMPRIMERIE S. STAMEL
2, Rue Denfert-Rochereau, 2

1919

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919 — N° 6

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU

(EPITHÉLIOME ET SARCOME)

chez les Indigènes de l'Afrique du Nord

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 Juillet 1919

PAR

Henri-François-André MARCHAND

Docteur ès-Sciences Naturelles

Ex-Préparateur à la Faculté de Médecine et à la Faculté des Sciences de Lyon.

Né à Lyon, le 17 Mars 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. POUJOL, *Professeur d'Anatomie Pathologique*..... PRÉSIDENT.

ARDIN-DELTEIL, *Professeur de Clinique Médicale*,.....
TOURNADE, *chargé du Cours de Physiologie* .....
MONTPELLIER, *chargé des fonctions d'Agrégé de Médecine*..... } Assesseurs.

ALGER
IMPRIMERIE S. STAMEL
2, Rue Denfert-Rochereau, 2

1919

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

DOYEN..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ⓘ).
ASSESSEUR..... TRABUT (✻, I. ⓘ, O. ⓞ).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✻, I. ⓘ).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ⓘ).
Chimie biologique	X.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ⓘ).
Chimie médicale et toxicologie	MALOSSE (I. ⓘ, ✻).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ⓘ).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✻, I. ⓘ).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✻, I. ⓘ).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✻, A. ⓘ).
Clinique médicale infantile	CRESPIN (I. ⓘ).
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✻, I. ⓘ, O. ⓞ).
Histologie	ARGAUD (I. ⓘ).
Hygiène et médecine légale	X.
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ⓘ).
Pathologie générale, microbiologie	SOULIE (✻, I. ⓘ).
Pharmacie	BATTANDIER (I. ⓘ).
Physiologie	REY (✻, I. ⓘ).
Physique médicale	DUFOUR (I. ⓘ).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées	GILLOT (I. ⓘ).

PROFESSEUR HONORAIRE

M. A. TREILLE (✻).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, A. ⓘ).

AGRÉGÉS

Physiologie	BATTEZ (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM. FERRARI.
Chirurgie	E. CABANES (A. ⓘ). / LOMBARD.
Médecine	RAYNAUD. / MONTPELLIER.
Accouchements	FUSTER (✻, A. ⓘ).
Chimie	H. MALOSSE (A. ⓘ).
Pharmacie et matière médicale	MUSSO.
Parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine	NÈGRE.

Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la Mémoire de mon Cousin

Le Général FARRE

(1816-1887)

Grand-croix de la Légion d'Honneur

Ancien Ministre de la Guerre

qui organisa la Conquête de la Tunisie

Haut Sebaou, Grande Kabylie (1855)
Armée du Nord, Amiens (Novembre 1870)

A la Mémoire de mes Parents

de la Branche Médicale et de la Branche Militaire:

Docteur HUMBERT (1801-1856)

Docteur DRESSY (1853-1916)

Général RULLIÈRE

Ancien Ministre

Commandant PERROUD

Chevalier de la Légion d'Honneur (1774-1858)

Commandant MARCHAND

Chevalier de la Légion d'Honneur (1843-1918)

A La Mémoire de ma Mère

A la Mémoire de mes Camarades

de la Marine et de l'Armée de Terre

Tombés au Champ d'Honneur (1914-1918)

A ma Femme

A ma Grand Mère

A ma Tante PERROUD

A ma Sœur
Mademoiselle le Docteur Anne Marchand

A mes Parents

A Monsieur le Professeur CURTILLET

Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger

A Monsieur le Professeur POUJOL

qui a bien voulu accepter la Présidence de notre Thèse

A Monsieur le Professeur GILLOT

de la Faculté de Médecine d'Alger, dans le Service duquel nous avons rempli les Fonctions d'Interne

A Monsieur le Professeur CHATIN

de la Faculté de Médecine de Lyon, dans le Service duquel nous avons rempli les Fonctions d'Externe

A Monsieur le Professeur CLUZET

Professeur de Physique Médicale a la Faculté de Médecine de Lyon dont nous avons eu l'Honneur d'être le Préparateur

A Monsieur le Professeur TOURNADE

A Monsieur le Docteur MONTPELLIER

l'Inspirateur de notre Travail, comme Faible Témoignage de Reconnaissance

A Monsieur A. GUILLIERMOND

Docteur ès Sciences

Chargé de Cours a la Faculté des Sciences de Lyon

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE LA FACULTÉ DES SCIENCES

DE LYON

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

INTRODUCTION

Longtemps la pathologie Nord-Africaine, la pathologie Algérienne en particulier, a été considérée comme quelque chose de tout à fait spécial, en tout cas comme bien différente de la pathologie courante européenne. Ce préjugé, qu'à une différence de race et de conditions climatiques et sociales devait fatalement correspondre des différences marquées dans les variétés pathologiques et dans l'évolution des maladies, a été — est encore devrions-nous dire — un des plus tenaces. L'histoire de la fièvre typhoïde en Algérie est particulièrement suggestive à cet égard. Au début de la conquête, la fièvre typhoïde fut confondue avec le paludisme d'invasion, puis les médecins de l'époque ayant reconnu leur erreur une réaction se produisit. Budin soutint l'antagonisme entre le paludisme et la fièvre typhoïde et, vers 1895, Vincent qui devait être plus tard un des plus fervents protagonistes de la vaccination antityphique, en Algérie comme ailleurs, soutenait que les Arabes ne contractaient pas ou contractaient très difficilement la fièvre typhoïde. Une thèse d'un de ses élèves confirma, à l'époque, les idées du maître, et Vincent prononça les mots d' « immunité de race ». Or il a été surabondamment prouvé par la suite — notamment par le Professeur Crespin, d'Alger — que les Arabes étaient loin d'être immunisés contre la typhoïde, et les récentes statistiques appuyées sur la séro-réaction tendent à montrer au contraire cette affection intestinale comme plus répandue et plus facilement mortelle en Algérie qu'en France.

Cette même « immunité de race » de l'Arabe a été invoquée successivement pour la tuberculose, pour la dysenterie, pour l'appendicite. Autant de légendes qui furent successivement détruites ! Il en est une autre cependant, bien vivace, c'est celle de l'immunité, au moins relative, de la race arabe vis-à-vis du cancer, et du cancer de la peau en particulier. La réfutation en a été commencée comme on le verra plus loin. Elle n'a pas été complète, et des points de détails intéressants ont été laissés dans l'ombre. Reprendre cette question, réunir des documents nouveaux, essayer d'apporter des conclusions définitives nous a donc paru devoir être, au point de vue théorique comme au point de vue pratique d'ailleurs, un travail utile. C'est celui que nous présentons aujourd'hui.

Qu'il nous soit permis de remercier ici, avant tous, M. le Professeur Curtillet, Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger, qui n'a

cessé de nous donner, depuis notre arrivée à Alger, les marques du plus haut intérêt.

Qu'il nous soit permis de remercier également M. le Professeur Poujol qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, ainsi que M. le Professeur Gillot, dans le service duquel nous avons rempli les fonctions d'interne, et où notre travail a été, en grande partie, préparé. Leurs conseils ont été pour nous maintes fois du secours le plus précieux.

M. le Professeur Tournade nous a ramené vers la voie scientifique que nous avions délaissée momentanément, à grand regret d'ailleurs. Il a été, peut-on dire, notre conseiller, notre directeur moral autant que scientifique. Il a bien voulu accepter, en outre, d'être l'un des assesseurs du jury de notre thèse. Nous tenons à lui exprimer toute notre gratitude et toute notre reconnaissance.

M. le Docteur Montpellier, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté d'Alger, est l'inspirateur de notre travail. Il a su nous intéresser à cette question du cancer chez les Indigènes, a toujours été pour nous un guide amical et des plus bienveillants, nous a bien souvent épargné des difficultés et des ennuis. Nous le prions d'agréer nos remerciements les plus vifs.

M. le Professeur Vincent et M. le Professeur Poujol, d'Alger; M. le Docteur Lacapère, médecin de l'Hôpital Saint-Lazare, à Paris, ancien Directeur du Dispensaire Antisyphilitique de Fez; M. le Docteur Guigon et M. le Docteur Gallet, chirurgiens des Hôpitaux de Constantine; M. le Docteur Cambillet, de Flatters; M. le Docteur Alquier, de Chellala; M. le Docteur Phéline, de Blida; M. le Docteur D. Duboucher, de Téniet-el-Haâd, nous ont permis de publier, sous leurs noms, de très intéressantes observations d'Epithéliomas. A eux également va notre gratitude.

Nous remercions encore tous les médecins d'Algérie, de Tunisie, du Maroc, qui ont eu la grande obligeance de répondre au questionnaire de notre enquête, facilitant ainsi notre travail et nous fournissant des renseignements de la plus grande importance. Tous nos remerciements en particulier à M. le Docteur Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; à M. le Docteur Cristiani, médecin chef de l'Hôpital Indigène de Fez; à M. le Docteur Morsly, médecin en chef des Hôpitaux de Constantine, qui nous ont fourni de précieux documents.

A tous ceux enfin qui ont facilité notre travail, à M. le Docteur Flottes, chef de Clinique Dermatologique à la Faculté de Médecine d'Alger; à M. le Docteur H. Duboucher, nous disons également merci à des titres divers.

Mais nous ne pourrions clore cette introduction, sans exprimer, au moment où nous terminons nos études médicales, nos remerciements émus, nos sentiments d'entier dévouement et d'immuable affection à deux de nos maîtres dont la bonté fut pour nous inépuisable. Nous voulons nommer M. le Professeur Châtin, professeur de Clinique Médicale Infantile à la Faculté de Lyon, et M. A. Guilliermond, Docteur ès sciences, Chargé de cours à la même Faculté. M. le Professeur Châtin, dans le service duquel nous avons rempli les fonctions d'externe, a été, non seulement pour nous un maître, mais il n'a cessé de porter aux nôtres et à nous-même le plus bienveillant intérêt. Il nous a récemment soigné et encouragé avec une paternelle bonté, au cours d'une longue maladie. M. Guilliermond a été notre maître dès 1911. C'est dans son laboratoire de la Faculté des Sciences de Lyon que nous avons fait nos premières armes publiant, sous son inspiration, nos premières notes sur la reproduction des levures. Nous pouvons dire de lui qu'il a déterminé notre vocation. Qui ne prendrait goût, d'ailleurs, avec un tel maître, toujours aimable, toujours patient, ne ménageant ni son temps ni sa peine, à la recherche scientifique? Qui n'arriverait à partager, en vivant à son contact, le feu sacré qui, visiblement, l'anime? Mais M. Guilliermond, lui non plus, n'a pas été qu'un maître. Depuis 1911, il a été pour nous le guide le plus affectueux, le plus sincère, l'ami sur lequel on peut toujours compter. Dans maintes circonstances difficiles, il nous a toujours accueilli avec la plus grande bonté, encouragé et soutenu par tous les moyens en son pouvoir. Nous lui devons en partie ce que nous sommes et nous ne saurions l'oublier.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Les tumeurs malignes de la peau qui font le sujet du présent travail sont essentiellement l'Epithéliome et le Sarcome. Dans le domaine de la pathologie cutanée, comme ailleurs, toutes les tumeurs observées peuvent, en effet, trouver place dans l'un ou l'autre de ces deux grands groupes.

Nous avons étudié l'Epithélioma et le Sarcome dans les différentes possessions françaises ou protectorats de l'Afrique du Nord : Algérie, Tunisie, Maroc.

*
* *

En ce qui concerne l'Algérie, l'histoire de ces tumeurs (ou plutôt de leur observation) a été tracée de la façon la plus claire et la plus complète par un élève du dermatologiste Brault, le Docteur J. Montpellier, qui, comme nous l'avons dit, est l'inspirateur de notre travail. Nous ne pouvons mieux faire que de résumer ce qu'il a écrit sur le sujet, notamment dans : *La Question de l'Epithéliome de la Peau chez l'Indigène de l'Algérie* (Alger, Stamel éditeur, 1919) et : *Les Tumeurs Malignes de la Peau chez les Indigènes de l'Algérie* (Bulletin de la Société de Pathologie Exotique du 9 avril de la même année). Nous osons espérer que l'on ne nous fera pas un grief d'avoir maintes fois d'ailleurs reproduit *in-extenso* son opinion et ses idées.

Trois périodes peuvent être considérées. La première commence naturellement avec l'installation des Français en Algérie; elle est pauvre en documents et les seuls auteurs de l'époque sont des médecins militaires. Ils sont unanimes à signaler chez l'Indigène l'existence de tumeurs cancéreuses, mais ils n'en apportent pas la preuve histologique. Une deuxième période est représentée par les 10 dernières années du XIX^{e} siècle; l'existence du cancer épithélial cutané est alors niée chez l'Indigène. La troisième période date enfin des travaux du Professeur J. Brault, de la Faculté de Médecine d'Alger. C'est une période de réaction où l'auteur arrive à démontrer l'existence, « plutôt fréquente », des tumeurs malignes de la peau chez l'Indigène algérien. Brault, disparu en 1916, le Docteur Montpellier continue l'œuvre de son

maître et publie 18 nouveaux cas de néoplasies malignes cutanées.

Passons maintenant aux détails.

Pendant les 30 ou 40 années qui suivirent la conquête, les observateurs, peu nombreux d'ailleurs, furent des militaires. Or, si les travaux de médecine et de chirurgie générales qu'ils ont publiés témoignent souvent d'une haute culture et d'un esprit d'observation très aiguisée, on doit à la vérité de dire que, peu préparés aux études dermatologiques, ils n'ont rien laissé de très net et de très précis en matière de pathologie cutanée. « Il ne faut pas « perdre de vue, du reste, que la nature épithéliale des tumeurs « malignes cutanées ne fut reconnue que vers 1850. Jusqu'à cette « époque ces tumeurs de la peau étaient étiquetées de noms va- « gues tels que *chancres malins, ulcères chancreux, ulcères ron- « geants, cancers cutanés, ulcères cutanés primitifs, tubercules chan- « creux primitifs, etc.* Ce sont ces différents termes qu'il faut cher- « cher dans les écrits des médecins militaires. (Docteur Montpel- « lier). »

Le premier en date, Gaudineau, écrit en 1842, dans ses notes sur la topographie médicale de Philippeville : « Sont fréquents « chez les Bédouins les ulcères chroniques, psoriques, variqueux, « carcinomateux, syphilitiques. »

Quatre ans plus tard, en 1846, E. Grellois étudie la topographie médicale d'Hammam-Meskoutine. Il signale rapidement ce qu'il appelle les « ulcères chancreux » et il ajoute : « La malpropreté la « plus révoltante, des mœurs extrêmement déréglées et une incu- « rie inconcevable donnent lieu à une longue et hideuse succes- « sion d'affections cutanées et syphilitiques dont la gravité est sans « bornes. »

La topographie médicale d'Orléansville publiée par Dussourt en 1853 apporte déjà plus de précision. L'auteur attire l'attention sur ces « ulcères rongeants qui sillonnent le visage des Arabes et « revêtent la plupart du temps le caractère chancreux. »

Il est fort probable que ces premiers auteurs ont englobé et confondu dans leur description rapide des lésions fort diverses, relevant en particulier pour partie de la tuberculose, pour partie de la syphilis. Mais de l'avis du Docteur Montpellier, on ne doit pas en éliminer complètement les tumeurs malignes. « On le peut « d'autant moins que déjà à cette époque ce caractère *chancreux* « s'appliquait surtout, dit-il, dans l'esprit des observateurs, à des « lésions de nature cancéreuse. »

Bertherand, qui est le fondateur de l'Ecole de Médecine d'Alger, écrit en 1855 dans sa *Médecine et Hygiène des Arabes :* « Le cancer

« se montre assez souvent chez l'Arabe, soit à la face et aux lèvres, « suite de carie des os maxillaires, soit dans l'appareil oculaire, « consécutivement à des dégénérescences d'ophtalmies négligées, « — soit surtout dans le système osseux au voisinage principale- « ment des articulations, sous l'influence particulière des ravages « de la syphilis invétérée et souvent aussi à cause des fractures et « des luxations mal traitées. » Ici encore, pour le Docteur Montpellier, il est probable que l'auteur a étiqueté cancer « des lésions « de tertiarisme grave, en particulier des ostéo périostites et des « arthrites syphilitiques », mais il considère comme de nature certainement cancéreuse les tumeurs de la face et des lèvres dont il est question.

En 1859, cependant, un autre observateur, Védrenne, qui parcourt la Kabylie, n'hésite pas à écrire : « Le tubercule et le cancer, « ces lèpres de nos sociétés civilisées, sont presque inconnues en « Kabylie ». Védrenne est le seul auteur de cette période qui considère comme très rare le cancer chez les Indigènes.

Avec Vincent (1861), les premières observations sont précisées et confirmées. A cette époque, en effet, les tumeurs sont bien séparées. Elles le sont cliniquement et histologiquement, et Vincent peut écrire dans son *Exposé Clinique des Maladies des Kabyles* : « Le cancer, et surtout le cancer cutané, n'est pas rare en Kabylie... « Le cancer partage, avec la syphilis et la scrofule, le privilège de « localisation qui, dans quelques cas d'analogie pathologique de « forme, vient parfois embarrasser le diagnostic et faire hésiter le « traitement. Quoi qu'il en soit, 9 Indigènes atteints de tumeurs « cancéreuses bien évidentes, dont 7 de la face, ont été traités par « nous dans une période de 2 ans. » Ces conclusions de Vincent sont confirmées d'ailleurs trois ans plus tard par Leclerc (1864). Leclerc est chargé de mission en Kabylie et il déclare avoir observé : 1 tumeur palpébrale, 1 tumeur labiale, 2 tumeurs faciales, 1 tumeur occipitale, 9 tumeurs cervicales.

Leclerc ne donne aucune description clinique, mais à supposer que le lot des tumeurs cervicales puisse être rattaché à du goître, les autres tumeurs ont été nettement séparées par l'auteur des syphilides, des tuberculoses et des différentes affections de la peau pouvant les simuler. Il semble donc bien qu'il s'agisse de tumeurs malignes.

Mais si les observations et les diagnostics de tous les auteurs que nous venons de citer sont exacts en tant que « cancers », ils n'en restent pas moins imprécis en fait de différenciations histologiques. Quelle place faut-il faire à l'Epithéliome ? Et quelle place au Sar-

come? Nous aurons l'occasion de voir un peu plus loin que E. Legrain, convaincu de l'inexistence de l'Epithéliome chez l'Indigène, veut identifier tous les cas de tumeurs malignes de la peau mentionnés par Vincent à des néoplasies sarcomateuses. Laissons la parole là encore au Docteur Montpellier :

« Bien certainement nous ne pouvons en cela, les uns et les au-
« tres, tabler que sur de seules probabilités, puisque l'examen his-
« tologique n'est jamais venu confirmer les observations cliniques
« de ces auteurs. Mais je ne trouve, à la réflexion, rien qui paraisse
« confirmer l'hypothèse de Legrain. Bien au contraire.

« Et d'abord ce que nous observons aujourd'hui. S'il est vrai que
« beaucoup d'auteurs pensent que le Sarcome est, en général, plus
« fréquent chez l'Indigène que l'Epithéliome, je n'en fais pas moins
« cette constatation que, en fait de Sarcome de la peau chez le
« Nord-Africain, on ne relève dans la littérature médicale que 10
« observations. Brault en donne 3, moi-même une seule (Sarcome
« primitif simple du talon), infime proportion, comparativement
« aux 63 cas authentiques de tumeurs malignes épithéliales que je
« rassemble plus loin. C'est là une constatation, je pense, qui a son
« prix.

« En second lieu, j'attire l'attention sur ce fait que ces anciens
« auteurs parlent de « tumeurs cancéreuses » à siège le plus sou-
« vent facial. Vincent, en particulier, sur 9 cancers, en note 7 de la
« face (paupières, nez ou lèvres). Or, je ne sache pas que ce choix
« d'une localisation faciale soit dans les mœurs du Sarcome de la
« peau. Le Sarcome cutané primitif, bien au contraire, affectionne
« tout spécialement les extrémités des membres au même titre que
« l'Epithéliome affectionne la face. Cette remarque me paraît avoir
« aussi sa valeur, à moins d'accepter *a priori* que les aptitudes to-
« pographiques de ces tumeurs sont inversées chez notre abo-
« rigène.

« Enfin je ne pense pas que ces ravages, ces destructions lamen-
« tables des tissus mous de la face, ravages sur lesquels s'arrêtent
« complaisamment les auteurs, puissent être, d'une manière cou-
« rante, le fait de tumeurs malignes conjonctives; je n'ai pas besoin
« d'insister sur la différence d'aspect clinique du Sarcome cutané
« et de l'Epithéliome. Tout le monde sait que ces caractères ron-
« geants, destructifs appartiennent en propre à l'Epithéliome et
« non au Sarcome.

« En l'absence de preuves plus affirmatives, je pense que ces ar-
« guments tirés de la logique et de l'observation clinique suffisent
« à nous orienter très nettement, avec un minimum d'erreur pos-

« sible, vers l'hypothèse la plus satisfaisante : c'est que la grande « majorité de ces « cancers » signalés par les observateurs de cette « époque, étaient véritablement de l'Epithéliome. »

La 2e période de notre historique, au cours de laquelle, avons-nous dit, le cancer épithélial de la peau est nié, ou tout au moins considéré comme très rare, correspond aux dix dernières années du XIXe siècle et aux travaux de deux auteurs : L. Raynaud et E. Legrain.

L. Raynaud fait, en 1893, un voyage chez les Berbères de l'Aurès. Il publie une statistique où l'on ne rencontre qu'un cas de tumeur cutanée : un Epithéliome du lobule de l'oreille. Quelques années plus tard, en 1898, il pense pouvoir écrire que l'Epithéliome est « rare » chez l'Indigène algérien.

De son côté, E. Legrain, dans un article sur la pathologie spéciale des Indigènes de l'Algérie daté de 1899, écrivait : « Les tu- « meurs malignes de la peau sont rares chez les Indigènes. L'Epi- « théliome histologiquement diagnostiqué me semble inconnu ; « cependant ce genre de tumeur n'est pas exceptionnel chez les « Européens habitant l'Afrique du Nord ».

Mais si l'existence de l'Epithéliome est à peu près niée, le Sarcome épithélial est, par contre, considéré comme relativement fréquent.

En 1896, dans une note à l'Académie de Médecine relative au Sarcome chez l'Indigène de l'Algérie, Legrain opposait en effet « la fréquence des tumeurs malignes conjonctives de la peau à l'ex- « trême rareté, autant dire à l'inexistence, de l'Epithéliome cu- « tané ». Notons, entre parenthèses, que pour expliquer cette absence de tumeurs épithéliales malignes, l'auteur fait appel à la sobriété de l'Indigène et surtout à son genre d'alimentation dont la viande de porc est bannie.

Plus tard, en 1899 (1), Legrain écrit encore : « Le Sarcome pa- « rait être assez fréquent en Kabylie ».

« Raynaud et Legrain, écrit quelque part le Docteur Montpel- « lier, n'ont-ils véritablement pas rencontré sur les Indigènes de « tumeurs épithéliomateuses, ou simplement, les ayant renconc- « trées, les ont-ils étiquetées syphilis, tuberculose, etc. ? C'est là « une erreur bien facile à commettre lorsque, pour des raisons di- « verses, l'on ne peut biopsier la néoplasie ou suivre durant quel- « que temps son malade. Il est de fait que Legrain mentionne

(1) Loc. cit.

« dans un travail de nombreux cas de tumeurs végétantes de la « peau, dites par lui « botryomycosiques » et dont les reproduc- « tions photographiques font immédiatement penser aux Epithé- « liomes bourgeonnants que nous observons le plus fréquemment « aujourd'hui. »

Il est à remarquer cependant qu'au cours de cette même période le Professeur Gémy pouvait observer, à l'Hôpital Civil d'Alger, une dizaine de cas d'Epithéliomes cutanés, que Brault devait retrouver notés par la suite sur les registres de son service.

Quoi qu'il en soit, les idées de Legrain avaient été adoptées et, vers 1900, l'opinion courante était que les Indigènes algériens présentaient une immunité spéciale vis-à-vis des tumeurs cutanées. Cette opinion se retrouve transcrite dans tous les classiques de l'époque.

La troisième période, période de réaction contre les idées de la précédente, commence en 1904 avec les travaux du Professeur Brault. L'auteur fait observer à cette date, dans un article de la Revue Générale des Sciences, intitulé : « *Maladies Cutanées et Vénériennes chez les Indigènes Musulmans de l'Algérie* » que, s'il est de notion courante que les Indigènes sont réfractaires aux néoplasies malignes, ils sont toutefois sujets aux Epithéliomes cutanés ou cutanéo-muqueux puisqu'il a pu relever, dans le service de clinique dermatologique de Mustapha, 7 Epithéliomes de la face, de 1895 à 1903.

En 1903-1904, Brault observe 6 nouveaux cas de tumeurs épithéliomateuses de la face chez des Indigènes.

L'année suivante (1905), dans son « *Hygiène et Pathologie des Musulmans* », le même auteur écrivait : « Nous manquons malheu- « reusement de statistiques, mais plus on connaîtra, plus on pénè- « trera le milieu indigène, et plus on trouvera de tumeurs mali- « gnes, surtout chez les femmes, peu ou mal soignées.

« Jadis, on a fait de regrettables confusions entre la tuberculose, « la syphilis et les néoplasies. Le mot d'ordre, d'une façon géné- « rale, est que si les Européens présentent des tumeurs malignes « en nombre égal et d'ordre aussi varié que dans leur pays d'ori- « gine, les Indigènes, au contraire, sont plus réfractaires aux né- « plasmes malins. Quelques auteurs ont prétendu que les pays à « malaria étaient peu favorables pour le cancer ; c'est là une opi- « nion entièrement en contradiction avec l'expérience. L'idée que « les tumeurs malignes sont rares chez les Indigènes est si bien

« ancrée, qu'il y a peu d'années un professeur allemand disait que « le cancer ne se voyait que chez les Européens en Algérie.

« Depuis que je me trouve dans une clinique dermatologique, « ce sont ici les Epithéliomas qui dominent; j'en ai établi le relevé; « le tableau ci-joint comporte 17 Epithéliomas observés dans le ser- « vice, de 1895 à 1905... Tous les cas cités depuis ma prise de ser- « vice ont été vérifiés par l'examen histologique et j'en possède « toutes les photographies. »

Depuis 1905, le Professeur Brault ne cesse d'ailleurs de publier les cas nouveaux qu'il peut rencontrer et de soutenir la même opinion. De leur côté, quelques-uns de ses élèves apportent leur contribution à l'œuvre du Maître.

C'est ainsi qu'en 1910, M. le Docteur Cambillet, médecin de colonisation, qui avait pu se faire dans le bled algérien au contact direct des Indigènes, une opinion précise, écrivait les lignes suivantes : « Plus on pénètrera le milieu indigène, plus on s'aperce- « vra que les raisons auxquelles on attribuait la rareté du cancer « chez les Arabes sont illusoires, et plus on constatera que nos su- « jets sont aussi exposés que nous à cette redoutable affection. » Le Docteur Cambillet publie deux observations : un Sarcome chez un enfant de 13 ans, un Epithéliome térébrant de la face chez une femme de 60.

En 1908, le Docteur Gros, autre élève du Professeur Brault, publie un cas de cancer épithélial de la langue. En 1912, il ajoute trois cas de Sarcomes cutanés primitifs et résume son opinion : « A mesure que nous prenons avec les Indigènes musulmans un « contact plus intime, à mesure que nous observons mieux leurs « maladies, à mesure que nous nous dégageons, en ce qui concerne « les causes de celles-ci, d'une étiologie univoque — je veux dire la « syphilis — la fréquence des tumeurs malignes chez les Indigènes « nous apparaît de plus en plus grande. »

Les dernières publications de Brault sur le sujet datent de 1913. Il avait réuni, à cette époque, 49 cas de tumeurs malignes cutanées (Epithéliomes et Sarcomes) chez les Indigènes algériens. Nous en donnerons plus loin une liste détaillée et nous reviendrons sur les conclusions d'ordre général qu'il a tirées à cette époque.

De 1916 à 1918 enfin, en deux ans et demi de guerre, c'est-à-dire au cours d'une période où le mouvement des malades civils fut restreint, le Docteur Montpellier, chargé par intérim de la clinique dermato-syphiligraphique de Mustapha, peut réunir de son côté 19 observations nouvelles de tumeurs cutanées : 18 Epithéliomes et 1 Sarcome. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur tou-

tes ces observations. Disons de suite cependant qu'un des points essentiels laissé par Brault dans l'ombre, et sur lequel le Docteur Montpellier a été le premier à insister, est la rareté du Sarcome cutané par rapport à l'Epithéliome.

Nous avons dit plus haut que la croyance inverse avait force de loi depuis les premières notes de Legrain (1895). En 1896, dans une note à l'Académie de Médecine, écrit en particulier le Docteur Montpellier, « cet auteur voulant opposer la fréquence du Sarcome « de la peau à l'inexistence de l'Epithéliome cutané chez l'Indi- « gène, donne 3 observations (2 musulmanes et 1 juive) de tumeurs « conjonctives de la peau, lesquelles tumeurs ont toutes les trois « guéri, sans récidive, à la suite de simples applications de gou- « dron de genévrier. Je ne ferai, à ce sujet, que répéter en subs- « tance les réserves que Paul Reclus, présentant la note, crut de- « voir faire : « Je ne dis pas que Legrain s'est trompé, mais qu'il a « pu se tromper. Cette guérison à tout coup par une méthode aussi « simple fait beaucoup plus penser à de la tuberculose qu'à du « Sarcome. En outre, on sait que les examens histologiques, même « pour des anatomo-pathologistes de profession, en matière de « néoplasies conjonctives, sont fréquemment embarrassantes. « Quoi qu'il en soit, en acceptant comme authentiques ces deux cas « de Sarcome cutané chez les Indigènes musulmans, même si l'on « veut y ajouter deux autres observations que l'auteur donne « comme cas de tumeurs botryomycosiques et dont la photogra- « phie fait immédiatement penser à du Sarcome, cela ramène à « quatre cas le nombre total de tumeurs malignes conjonctives que « Legrain a pu rencontrer sur la peau de nos Indigènes.

« Brault, lui-même, pendant la période de 18 ans, au cours de « laquelle il rassemblait ses 45 cas d'Epithéliomes n'avait l'occa- « sion d'observer que 3 cas de Sarcomes de la peau.

« Quant aux autres observations authentiques que l'on peut rele- « ver dans la bibliographie médicale, elles sont, pour une affection « si fréquente (?) d'une rareté déconcertante. Vincent, professeur « de clinique chirurgicale à Mustapha, en donne 2 : 1 Sarcome « de l'épaule (1906), 1 de la paroi abdominale (1911). Gros (1912) « en rapporte 3 cas : 1 Sarcome mélanique du pied et 2 Sarcomes « simples localisés primitifs, à cellules fusiformes, l'un au dos de « la main, l'autre à l'avant-bras. Cambillet n'en trouve qu'un cas « chez un enfant de 13 ans. Moi-même, en l'espace de 6 années, « n'en ai rencontré qu'un cas (1).

(1) C'est celui qui figure au chapitre III du présent travail.

« Je n'ai rien trouvé en fait d'autres sarcomatoses cutanées chez « les Musulmans d'Algérie : aucun cas de sarcomatose pigmentaire « multiple idiopathique de Kaposi, ni de sarcomatose hypoder- « mique simple de Perrin ; rien, en outre, qui puisse s'en rappro- « cher, de près ou de loin.

« Je n'ai pas trouvé davantage d'observations de généralisation « cutanée à la suite d'un Sarcome viscéral, ganglionnaire ou osseux.

« Je ne veux certes pas dire que ces formes-là n'existent pas ; « mais véritablement, si elles existent, elles ne paraissent pas d'une « fréquence bien grande. »

*
* *

L'histoire des tumeurs malignes cutanées chez les Indigènes tunisiens peut être divisée, comme l'histoire algérienne, en trois périodes.

Dans une première période, qui s'étendrait de la conquête aux environs de 1904, aucun travail ne semble avoir été publié sur la question. Dans une deuxième période, de 1904 à 1912, sous l'influence des idées ayant cours à ce moment-là en France, à la suite des statistiques de de Bovis et de J. Bertillon, le cancer en général et le cancer cutané en particulier est considéré comme « rare » ou « très rare » chez les Indigènes tunisiens. En 1912, enfin, R. Broc publie, comme nous le verrons, une trentaine d'observations d'Epithéliomas cutanés recueillis en 4 ans chez des Musulmans tunisiens. C'est le début de notre troisième période.

Sur la première de nos trois divisions, nous ne pouvons qu'être très bref. Il nous suffira de dire que toutes les recherches bibliographiques auxquelles nous nous sommes livrées ont eu un résultat négatif. E. Conseil, d'ailleurs, publiant en 1911 un article d'ensemble sur la question du cancer en Tunisie, cite comme première publication, au cours de sa bibliographie, un travail de Molco daté de 1907. Il semble donc que la question du cancer et, à coup sûr, en tout cas celle du cancer cutané, n'aie pas retenu l'attention des médecins militaires de la conquête et des premiers médecins établis en Tunisie.

Il faut arriver à 1904, date à laquelle nous faisons débuter notre deuxième période, pour trouver trace, dans la littérature médicale tunisienne, d'une tumeur maligne de la peau chez un musulman. Il s'agit d'une observation succincte publiée par le Docteur Brunswic-Le Bihan dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales

de Tunis (1). Le malade, Mohamed ben K..., s'est présenté à l'Hôpital Sadiki, le 22 novembre 1904. Il présentait un large Epithélioma occupant la partie gauche de la lèvre inférieure, du menton, et s'étendant vers la face à la hauteur de la commissure. Cette tumeur aurait débuté, aux dires du malade, un an auparavant. Le Docteur Brunswic-Le Bihan insiste surtout sur l'opération qu'il fit subir à son patient, et sur les procédés autoplastiques auxquels il dut avoir recours pour combler la brèche opératoire. Il ne fait aucune remarque sur la qualité indigène du porteur d'épithélioma, non plus que sur la fréquence ou la rareté de ces tumeurs en Tunisie. Sa communication est d'ailleurs intitulée simplement : « *Epithélioma de la Lèvre et du Menton. — Autoplastie* ».

L. Vaquier, au Congrès de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie de 1907, intitule au contraire « *Rareté du Cancer en Tunisie* » l'une de ses communications. L'auteur y attire l'attention sur la rareté du cancer dans la Régence. « Depuis mon installation « à Tunis, en 1903, écrit-il, je n'ai eu à constater que 4 cas de can« cer portant sur 2 Français, 1 Arabe et 1 Tunisien. Ce fait n'est « pas sans valeur, mes observations ayant porté sur 3.000 malades « environ, et de races diverses ». De ces 4 cancers, 2 étaient des Epithéliomes du larynx, la troisième tumeur siégeait sur le sinus frontal et avait envahi la fosse nasale gauche ainsi que le sinus maxillaire, la quatrième était un lymphadénome. « Une *ra*« *pide* enquête, poursuivie par l'auteur auprès de ses confrères « *tunisois* » disent les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis (2) auxquelles nous empruntons ces renseignements, « a confirmé « l'auteur dans son opinion sur la rareté du cancer en *Tunisie.* »

Nous nous contenterons de faire remarquer, sans vouloir insister pour l'instant, que « tunisois » signifie « habitant de la ville de Tunis », et « confrère tunisois », confrère installé dans Tunis. C'est une façon assez particulière d'enquêter sur le cancer *en Tunisie* que de s'en tenir à ce qui peut être observé dans la capitale, par des médecins dont la clientèle est, du reste, constituée pour les trois quarts au moins d'Européens.

Plus précieux est le travail de Weinberg paru dans les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis (3), à la fin de la même année. Au cours d'une enquête sur l'appendicite, l'auteur porte « incidem-

(1) Année 1904, p. 67.

(2) Année 1907, p. 231.

(3) *Enquête sur l'Appendicite en Tunisie avec quelques documents sur la fréquence des Tumeurs malignes dans la Régence.* Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, Novembre 1911, pp. 161-208.

ment » ses recherches, comme il le dit lui-même (1), sur les tumeurs malignes, mais bien que considérée par lui comme accessoire, cette enquête n'en présente pas moins un assez grand intérêt. Weinberg ne néglige pas, en effet, d'étendre ses investigations à toute la « province tunisienne » et 212 médecins civils ou militaires, depuis Tozeur jusqu'à Bizerte, répondent au questionnaire qu'il leur a adressé. Il ne s'agit donc plus d'une impression plus ou moins personnelle, mais de l'avis d'un grand nombre de praticiens dont quelques-uns exercent en Tunisie depuis 20 ans et davantage. Malheureusement, dans le plus grand nombre des documents que publie Weinberg, la distinction n'a pas été suffisamment faite entre malades européens et indigènes ; les médecins tunisiens donnent en bloc la statistique des tumeurs malignes dont ils ont gardé mémoire et dont le nombre est considérable (479 en tout), mais il est souvent impossible de connaître le siège de la tumeur, à plus forte raison de savoir ce qui se rapporte aux Indigènes musulmans, aux Israélites, aux Européens. Nous n'avons pu relever que 2 indications à peu près précises nous intéressant : un cas de « cancer » de la lèvre supérieure chez une femme arabe de 38 ans, signalé par le Docteur S... (p. 175) ; un cas de Sarcome de l'œil chez une malade indigène, observé par le médecin militaire D... (p. 178).

Quoi qu'il en soit, les conclusions que Weinberg pense pouvoir apporter relativement aux tumeurs malignes, à la fin de son travail, sont les suivantes : « Toutes les variétés de tumeurs malignes « se rencontrent chez les Indigènes, bien qu'en proportions très « variables. Les renseignements que nous avons recueillis à ce su- « jet, manquent de contrôle microscopique. On peut cependant « dire que de tous les néoplasmes, ceux du sein, de l'utérus et du « tube digestif (surtout ceux de l'estomac et du foie) sont les plus « fréquents. En effet, sur 212 cas de cancer dont les organes atteints « sont indiqués dans les bulletins de renseignements remplis par « les médecins, 56 reviennent au sein, 61 à l'utérus, 29 à l'estomac « et 14 au foie. » Le Docteur Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, ajoute en note à cet endroit : « A titre documentaire, « nous croyons devoir citer ici les résultats des examens histolo- « giques pratiqués à l'Institut Pasteur sur les tumeurs qui nous ont « été adressées par nos confrères. Le nombre de ces examens n'a « pas été très élevé puisqu'il monte seulement à 24, pour une pé- « riode de près de 5 ans ». Suit une énumération dans laquelle nous ne relevons qu'une tumeur maligne cutanée observée chez

(1) Page 164.

un Indigène. Il s'agit d'un « Epithélioma de la face consécutif à un xeroderma pigmentosum ».

En résumé, les tumeurs malignes cutanées ne sont pas considérées comme fréquentes par Weinberg, et il ne nous semble pas inutile de faire remarquer que 23 médecins répondant à son enquête déclarent n'en avoir jamais observé une seule au cours de leur pratique journalière en Tunisie.

E. Conseil, en 1911 (1), reprend cette question du cancer en Tunisie. « La fréquence du cancer, écrit-il, en tête de son mémoire, « varie dans les différentes régions du globe, et la comparaison des « statistiques des différents pays a permis de montrer qu'il est « d'autant plus rare qu'on se rapproche des tropiques. Dans les « pays européens, des statistiques rigoureuses montrent que ce « sont les régions baignées par la Méditerranée qui ont le moins « de décès par cancer. *(De Bovis,* Semaine Médicale, 1902 ; *J. Ber-* « *tillon,* Presse Médicale, 1911). La Tunisie ne figure point dans le « relevé de ces statistiques. Les travaux qui ont été publiés sur ce « sujet sont tous basés sur des appréciations personnelles et ne « peuvent être très démonstratifs. Il nous a donc paru intéressant « de combler cette lacune à l'aide des données recueillies au bu- « reau d'hygiène de Tunis depuis 3 ans. »

L'auteur publie un tableau statistique de la mortalité par cancer à Tunis et croit pouvoir conclure sur cette seule donnée, d'une façon absolument catégorique : « Tunis ne fait point exception à la « règle générale rapportée plus haut et le cancer y est très rare. » Arrivant ensuite à la question des races, il constate que « les Mu- « sulmans et les Israélites ont », par rapport aux Européens, « un « nombre infime de décès par cancer » et il en recherche la raison en des considérants que nous reproduisons in-extenso : « Quelle « est la cause de cette énorme différence dans la répartition du « cancer ? On ne saurait y voir une influence du climat puisque les « Européens y ont une mortalité par cancer aussi élevée que dans « leur pays d'origine... Pour expliquer cette immunité de race, on « ne saurait non plus faire intervenir la diathèse arthritique, car « c'est précisément chez les Israélites tunisiens que cette diathèse « est la plus fréquente (le diabète en particulier y est extrême- « ment commun). L'alcoolisme ne saurait non plus y être invoqué, « car malgré les prescriptions religieuses, l'alcoolisme est mainte- « nant loin d'être rare chez les Israélites et les Musulmans. Les ha- « bitudes alimentaires sont ce qui, maintenant encore, sépare le

(1) Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.

« plus les Indigènes des Européens. Les premiers consomment peu « de viande, ne mangent point de porc et toutes les viandes con- « sommées sont toujours saignées. On serait donc tenter d'attri- « buer à ces coutumes diététiques l'immunité relative des Indigè- « nes tunisiens au cancer, et peut-être faut-il voir dans la consom- « mation de la viande non saignée ou dans l'usage de la viande de « porc, sinon la cause, du moins une des raisons de la fréquence « du cancer chez les Européens. Cette remarque se trouverait « d'ailleurs en concordance avec les faits observés dans les autres « pays ».

Pour ce qui est du siège des tumeurs, E. Conseil écrit, à propos des Indigènes musulmans : « On est frappé de la fréquence relative « des tumeurs du foie et du Sarcome osseux. La prédominance du « Sarcome chez les Musulmans est rapidement remarquée par tous « ceux qui exercent dans les milieux indigènes ». Comme on le voit, il n'est pas question là encore des tumeurs cutanées, ce qui indique implicitement qu'elles ne sont pas considérées par l'auteur comme fréquentes.

La troisième période de notre historique en Tunisie, est enfin marquée, avons-nous dit, par un travail du Docteur R. Broc qui, contrairement à ses devanciers, conclut à une fréquence plus grande des tumeurs malignes cutanées chez le Tunisien. Son opinion se trouve exposée dans une « *Note sur l'Epithélioma pavimenteux chez les Indigènes Musulmans Tunisiens* », publiée le 11 décembre 1912, dans le Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Tunis. L'auteur fait remarquer que dans l'espace de 4 ans il a pu recueillir, aux consultations de l'Hôpital Sadiki, une trentaine d'observations d'Epithéliomas cutanés. Leur siège habituel était plus particulièrement la face, le cuir chevelu, les lèvres, le nez et même la langue (1 cas). Les malades avaient presque tous dépassé l'âge moyen de la vie. Quelques cas ont été observés chez des femmes indigènes.

*
* *

Il resterait à exposer, pour être complet, l'histoire des tumeurs malignes cutanées chez les Indigènes marocains. Cette histoire est négative en ce sens que, dans ce pays tout nouvellement conquis à la civilisation, rien n'a été publié encore sur la question qui nous intéresse. Le fait, qui n'a rien que d'assez normal, ne peut en rien faire préjuger d'ailleurs de l'existence ou de la non existence de ces tumeurs au Maroc. Nous aurons l'occasion de le faire constater au cours du chapitre suivant.

L'ensemble de l'historique que l'on vient de lire nous permet de définir maintenant, de façon précise, le but de notre travail.

Comme nous venons de le voir, en effet, si la fréquence des tumeurs malignes cutanées chez l'Européen d'Europe et chez l'Européen habitant de nos possessions de l'Afrique du Nord est chose classique, unanimement admise, peut-on dire, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de l'Indigène habitant ces mêmes régions. Certains auteurs ont été jusqu'à nier leur existence chez ces derniers, et le plus grand nombre d'entre eux, — un nombre assez imposant — conclut à leur rareté. Seul Brault, en somme, et son école (Drs Montpellier, Cambillet, Gros), auxquels il faut adjoindre en Tunisie R. Broc, ont nettement soutenu l'opinion contraire. Le moins que l'on puisse dire est donc que la question de la fréquence des tumeurs malignes de la peau chez le Musulman reste encore discutée. « Or, la notion de l'existence, pour les téguments du Musul-« man d'aptitudes spéciales permettant le non développement de « ces tumeurs, dépasse très certainement », comme le fait remarquer le Docteur Montpellier, « l'importance d'une constatation de « fait ou d'une simple statistique. Elle nous paraît avoir un certain « intérêt dans l'étude générale de l'étiologie et de la pathogénie « des tumeurs. Il n'est donc pas superflu d'apporter les faits sus-« ceptibles de mettre au point cette question. »

Au surplus, l'intérêt théorique et doctrinal ne nous semble pas être seul en cause. Longtemps, avons-nous dit, les tumeurs malignes de la peau de l'Indigène ont été confondues avec des lésions syphilitiques et traitées comme telles. Or, il n'est pas toujours indifférent de soumettre à un traitement mercuriel ou arsenical intensif un patient qui n'a rien de syphilitique. Il n'est pas indifférent surtout, faute d'avoir posé le diagnostic exact, de laisser se développer un Epithéliome ou un Sarcome qui, opéré à temps, aurait pu guérir peut-être, dont la récidive et la généralisation en tout cas aurait pu être très notablement retardée. Il n'est donc pas superflu encore, si véritablement ces tumeurs sont communes chez l'Indigène, d'attirer sur elles l'attention de tout praticien appelé à exercer dans nos possessions africaines. C'est ce que nous nous sommes proposé de faire. Il y a là une question d'ordre pratique, une question de métier qui nous paraît de première importance.

Un autre point fort discuté, après celui de la plus grande fréquence des tumeurs malignes prises en bloc, est celui de la fréquence relative de ces différentes tumeurs. Sous l'impulsion des publications de E. Legrain et L. Raynaud, la très grand majorité

des auteurs concluent à la prédominance du Sarcome sur l'Epithéliome. Les travaux du Docteur Montpellier sont jusqu'ici les seuls à s'insurger contre ces conclusions et tendent à démontrer, par l'étude historique et l'observation clinique, que cela n'est pas la réalité. En rapprochant les statistiques publiées jusqu'à ce jour, en nous aidant de nos recherches personnelles, nous aboutirons à une conclusion sur ce point intéressant. De même pour la question du siège des tumeurs malignes cutanées.

Nous avons enfin consacré un chapitre à l'étiologie comparée chez l'Européen et chez l'Indigène, cherchant si l'« immunité de race » invoquée par quelques auteurs est un terme qui, correspondant à une réalité, doit subsister, ou bien qui doit disparaître.

Outre l'introduction que l'on vient de lire, notre travail comporte quatre chapitres. Le premier d'entre eux résume une enquête que nous avons menée auprès des médecins de l'Afrique du Nord, tant pour recueillir des documents que pour nous rendre compte des idées ayant actuellement cours sur la question qui nous intéresse. Le deuxième comporte 31 observations nouvelles de tumeurs malignes cutanées chez des Indigènes, dont 9 personnelles, ainsi que des tableaux récapitulant les observations publiées jusqu'à ce jour. Le troisième est consacré aux questions étiologiques. Le quatrième, enfin, est un chapitre de conclusions générales.

CHAPITRE II

ENQUÊTE MÉDICALE DANS L'AFRIQUE DU NORD

L'enquête que nous avons menée auprès des médecins de l'Afrique du Nord a eu un double but. Il s'agissait tout d'abord de recueillir des observations nouvelles de tumeurs malignes cutanées, et nous verrons au chapitre suivant que nos efforts dans ce sens n'ont pas été inutiles- Nous avons, d'autre part, voulu nous rendre compte de l'état de l'opinion médicale actuelle sur les différentes questions que nous entreprenions de solutionner. Continuait-on à penser, en 1919, à la suite de Legrain, que le cancer cutané était rare ou même inexistant chez l'Indigène ? Les travaux de Brault, de Montpellier, de Broc, avaient-ils, au contraire, porté leurs fruits, attiré l'attention du corps médical sur ces tumeurs ? Nous étions d'autant plus curieux de le savoir, qu'au cours de nos recherches bibliographiques nous avions pu constater qu'aucun des traités de pathologie exotique, anciens ou récents, possédés par la Faculté d'Alger n'accordait une mention — si courte soit-elle — aux cancers cutanés. C'est ainsi que Nielly, professeur d'hygiène et de pathologie exotique de l'Ecole navale de Brest (Eléments de Pathologie Exotique, 1881), E. Roux, médecin de 1re classe de la Marine (Traité Pratique des Maladies des Pays Chauds, 1889), sont absolument muets sur la question. En 1901, L. Raynaud, à la suite d'un voyage au Maroc, publie un opuscule intitulé : « *Les Maladies Cutanées au Maroc* ». Le cancer ne trouve pas place dans la liste des maladies signalées. Il n'y a rien non plus s'y rapportant dans des ouvrages plus récents, tels que les traités de Patrick-Manson (Maladies des Pays Chauds, 1904), Grall et Clarac (2 volumes, 1910), Jeanselme et Rist, Le Dantec, etc.

La base de notre enquête est le questionnaire suivant que nous avons adressé à un très grand nombre de médecins de l'Afrique du Nord, en particulier à tous les médecins de colonisation exerçant en Algérie :

1° Avez-vous vu beaucoup de cancers de la peau chez les Indigènes de l'Afrique du Nord ?

2° Avez-vous vu des Epithéliomas ? Avez-vous vu des Sarco-

mes ? Et de ces deux espèces de tumeurs malignes cutanées, laquelle pensez-vous être la plus fréquente ?

3° Pensez-vous que ces tumeurs soient moins, aussi, ou plus fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen ?

Les réponses qui nous sont parvenues sont au nombre de 24. Nous les grouperons d'après le nom de leurs auteurs et par ordre alphabétique, solution qui nous a paru de beaucoup la plus simple. Tous les médecins cités nous ayant, d'autre part, autorisé à reproduire sous leur nom leurs notes et opinions, nous avons le plus souvent transcrit leur lettres in-extenso. Pour simplifier la composition typographique, nous nous sommes abstenu de les inclure entre guillemets ; qu'il nous suffise de signaler ici la chose.

Ceci dit, nous pouvons entrer dans le vif du sujet.

*
* *

Le Docteur **Alquier**, médecin de colonisation à Chellala (département d'Alger), estime que *les cancers cutanés ne sont pas rares chez les Indigènes* algériens, puisqu'il a pu réunir une collection de photographies s'y rapportant. Cinq de ces photographies nous ont été adressées et ont servi de base aux observations III à VII (voir chapitre III). Le Docteur Alquier a pu observer, en outre, un certain nombre de cancroïdes de la face.

Le Docteur **Arnaud**, médecin-chef de l'hôpital militaire de La Calle (département de Constantine), médecin de colonisation, estime que *le cancer cutané est « plutôt rare chez les Indigènes de la région de La Calle.* » Il a observé des Epithéliomas et 2 ou 3 Sarcomes. De ces deux espèces de tumeurs malignes, l'Epithélioma lui semble la plus répandue. Il estime cependant que d'une façon générale, les cancers de la peau sont « *bien moins fréquents chez l'Indigène que chez l'Européen.* »

Le Docteur **Aucaigne**, de Vialar (département d'Alger), a observé de *nombreux cancers de la peau chez les Arabes*, Epithéliomas et Sarcomes. L'Epithéliome est, à son avis, plus répandu. Il pense enfin que ces tumeurs sont « *au moins aussi fréquentes* » *chez l'Indigène que l'Européen.* » « Plus je vois de malades dans le milieu indigène, ajoute le Docteur Aucaigne, plus je suis convaincu que leur pathologie ne diffère en rien de celle des Européens. »

Le Docteur **Biscos** a exercé longtemps dans le bled algérien. Il estime (communication orale) que sur les questions qui font le sujet de notre travail, il est très difficile à un praticien isolé d'ex-

primer une opinion ayant une valeur scientifique. Pour lui cependant, *les tumeurs malignes de la peau ne doivent pas être rares chez les Arabes,* mais les médecins de l'intérieur ont rarement l'occasion de les observer, et surtout d'en suivre l'évolution, pour des raisons diverses. Tout d'abord ces médecins sont le plus souvent obligés d'examiner, en un laps de temps fort court, un nombre considérable de malades et le diagnostic peut rester en suspens. En second lieu, désillusionnés de ne pas voir survenir une guérison immédiate, l'Indigène algérien déserte souvent très vite l'infirmerie française. Enfin nombre de cancéreux ne sont jamais venus consulter.

Le Docteur **Borricaud,** de Kairouan (Tunisie), nous a adressé une lettre des plus intéressantes que nous reproduisons in-extenso :

A votre première question concernant la fréquence des cancers de la peau, je réponds que *j'ai couramment observé ici des cancroïdes de la face* chez des vieillards, plus souvent chez l'homme que chez la femme, entre 55 et 60 ans, dans une proportion qui ne m'a pas paru en reste avec la proportion observée chez l'Européen. J'ajoute par contre que la proportion ne m'a pas paru plus élevée non plus chez l'Indigène, ce dont on est en droit de s'étonner, étant données les multiples causes de dystrophies cutanées auxquelles est soumis l'aborigène (syphilis, saleté, intempéries).

Vous me demandez si j'ai vu des Epithéliomas. Les cancroïdes de la face que je vous ai cités m'apparaissent se réclamer de l'Epithélioma pavimenteux pour la plupart, bien que je n'aie pas eu l'occasion de pratiquer de biopsie ni d'authentification histologique. Ces différentes tumeurs intéressaient le pourtour des orifices naturels de la face : angles des yeux, paupières, narines, commissures labiales, souvent avec envahissement des muqueuses.

Pour ce qui est des Sarcomes, ils ont été observés surtout chez l'enfant, et tout compte fait, avec une fréquence moindre que l'Epithélioma.

Je ne crois pas, d'après les faits observés, que le système cutané de l'Indigène soit immunisé contre la néoplasie cancéreuse, et le moins qu'on puisse dire, c'est que les tumeurs y sont *aussi fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen.*

J'ajoute, comme réflexion, qu'il y a une forme classique qui m'a paru assez fréquente chez la femme indigène : c'est le cancroïde tubulé (Epithélioma tubulé) du cuir chevelu, tirant son origine des follicules pilo-sébacés et donnant lieu à des tumeurs multiples, indurées, végétantes et saignantes.

Le Docteur **Cambillet**, de Flatters (département d'Alger), ancien préparateur du Professeur Brault, a publié, avant notre travail, des observations d'Epithéliomes et des observations de Sarcomes chez des Indigènes algériens. Il estime que *ces tumeurs sont fréquentes chez les Musulmans*, et nous avons d'ailleurs, au chapitre précédent, reproduit quelques phrases d'une de ses notes qui posent nettement son opinion. Il a bien voulu nous fournir des indications sur deux cas nouveaux d'Epithéliomas qui ont fait l'objet de nos observations XI et XII (voir chapitre III).

Le Docteur **Cristiani**, médecin-chef de l'hôpital indigène régional de Fez (Maroc), a bien voulu rédiger pour nous la note suivante, dont il est inutile de souligner l'intérêt :

D'après ce que nous avons pu observer en onze années de pratique de la médecine indigène dans l'Afrique du Nord (dont deux années en Algérie ou dans l'Extrême-Sud, et neuf années au Maroc), nous avons l'impression très nette que l'opinion du Docteur Montpellier est confirmée par les faits. Notre attention n'a pas pu, comme celle de notre confrère, se porter spécialement sur le cancer de la peau, mais *les cas de cancer cliniquement non douteux qui se sont présentés à notre consultation dans ce laps de temps, dépassent la vingtaine.*

Malheureusement nous n'avons recueilli aucune observation ni pratiqué systématiquement les biopsies dans des conditions scientifiquement suffisantes ; car l'histologie pathologique demande du temps et une installation que nous n'avons jamais eue à notre disposition. Aussi serions-nous très osés d'affirmer le type de cancer cutané auquel nous avons eu affaire et encore bien plus d'affirmer le type d'Epithélioma ; mais la lecture des documents sur lesquels le Docteur Montpellier a étayé ses conclusions, nous a vivement intéressé, car il paraît s'être éloigné de l'erreur généralement consacrée qui consiste à croire que l'Indigène de l'Afrique du Nord a une pathologie spéciale. En ce qui concerne le cancer cutané, il nous a semblé qu'il y est au moins aussi exposé que nous. Les formes cliniques que nous avons notées sont celles que nous voyons dans nos hôpitaux de France. Comme le Docteur Montpellier, nous avons été frappé de la grande proportion des cancers épithéliaux du visage par rapport à ceux des autres régions. Très nombreux sont aussi les cancers développés sur d'anciennes cicatrices de brûlure ou de syphilis des membres. Quant à la confusion possible sur les syphilides et les ulcérations cancéreuses, dans un pays où l'on est plutôt porté à voir de la vérole en toutes choses, elle se fera toujours en faveur de cette dernière. Il est

donc bien probable que les cas de cancer de la peau que nous avons notés, bien que l'épreuve de laboratoire n'en ait pas confirmé le diagnostic, sont moins nombreux que ceux qu'aurait pu observer, dans la même clientèle et dans le même laps de temps, un esprit moins prévenu et plus préparé à ce genre de recherches.

Aussi terminerons-nous en disant que la conviction du Docteur Montpellier aurait sans doute été plus grande encore si, au lieu de porter sur la zone algérienne son observation, avait eu la zone marocaine à explorer. Les malades y sont, en effet, plus accessibles et se livrent à l'examen médical et au traitement moderne avec plus de confiance et beaucoup moins de prévention qu'en Algérie.

Le Docteur **Crozes**, médecin de colonisation hors-classe à Aïn-M'lila (département de Constantine), a observé huit cas de cancer cutané chez des Indigènes. Six étaient des Epithéliomes, deux des Sarcomes. Le nombre des cas examinés, nous écrit-il, me paraît trop peu important pour me permettre d'avoir une opinion ayant quelque valeur scientifique sur la fréquence relative de ces deux espèces de tumeurs. *Entre l'Indigène et l'Européen, je ne crois pas qu'il puisse y avoir une différence quelconque.* Ces affections ont d'ailleurs été rarement observées par moi durant un séjour de 32 ans en Algérie, comme le prouve le chiffre assez restreint cité plus haut.

Le Docteur **Deshayes**, de Sétif (département de Constantine), lui aussi, *n'a observé que rarement des tumeurs malignes cutanées.* Tous les cas que j'ai pu voir avant les hostilités, nous dit-il, sont trop confus dans ma mémoire pour pouvoir en faire état. Aujourd'hui cependant (19 mai 1919), j'ai enlevé une tumeur qui me semble maligne, tumeur très pédiculée, avec un pédicule assez gros, vascularisé. Elle siégeait à la queue du sourcil droit chez un Indigène déjà âgé. L'examen histologique (Docteur Montpellier) a montré qu'il s'agissait d'un embryome (kyste dermoïde avec production cartilagineuse et points d'ossification).

Le Docteur **D. Duboucher**, de Téniet-el-Haâd (département d'Alger), a publié en 1907, dans les *Archives des Laboratoires des Hôpitaux d'Alger,* une photographie d'Epithéliome de la face et du cuir chevelu chez un Indigène, photographie qui a servi de base à notre observation VIII (voir chapitre III). Depuis cette époque, nous écrit-il, il a observé 2 Epithéliomas de la peau chez des Arabes contre un de la peau également chez un Européen. Mais, ajoute-t-il, je vois plus d'Indigènes que d'Européens. Il n'a jamais rencontré de Sarcome de la peau. En somme, conclut-il, dans ma

petite sphère d'observation j'ai pu me rendre compte que le cancer n'est pas aussi rare chez les Indigènes qu'on le dit généralement. J'ai tendance à le croire *aussi fréquent que chez les Européens.*

Le Docteur **Féraud**, médecin de l'hôpital de Philippeville (département de Constantine), nous écrit : J'exerce depuis 15 ans dans la région de Philippeville et j'ai fait pendant 15 ans un service de consultations indigènes où je voyais plusieurs milliers de malades par an. Le nombre des Epithéliomes cutanés est tout à fait infime ; je n'ai pas de statistique personnelle et ne peux que vous donner un renseignement de mémoire : je considère l'affection comme *très rare chez l'Indigène.* Le Sarcome ganglionnaire est beaucoup plus fréquent. J'ai souvenir de quelques cas de lymphosarcome du cou, je ne peux pas me rappeler nettement d'Epithélioma. J'ai vu cependant, à plusieurs reprises, des Epithéliomas de la cornée ; je n'ai jamais observé le cancroïde de la lèvre ou celui du nez.

Pour répondre à votre dernière question, je considère le Sarcome comme beaucoup plus fréquent chez l'Indigène que l'Epithéliome.

Le Docteur **Gallet**, chirurgien des hôpitaux de Constantine, nous a fourni les éléments de l'observation qui figure sous le numéro II au chapitre suivant (Epithéliome de la région orbitaire droite). Il nous a adressé, en outre, une statistique de tous les cas de tumeurs malignes opérées dans son service de 1906 à 1919. Nous relevons, parmi cette intéressante statistique, 9 cas d'Epithéliomas cutanés chez des Indigènes, dont 4 du nez, 3 de la région orbitaire, 2 des paupières. Dans le même laps de temps, les Européens ont fourni 20 cas, soit le double environ.

Cette statistique, dit le Docteur Gallet, est très incomplète, car ne sont entrés dans mon service que les cas encore opérables. Or, les Indigènes ne consultent la plupart du temps que lorsque leur mal est très étendu, les fait beaucoup souffrir ; presque toujours il est inopérable, si bien que pour un entrant opérable à l'hôpital, il faut compter deux cas inopérables qui consultent mais que l'on ne revoit plus.

Les conclusions du Docteur Gallet sont les suivantes : 1° *Les cancers cutanés sont très nombreux chez les Indigènes de l'Afrique du Nord ;* 2° La tumeur la plus fréquente est l'Epithéliome, bien que l'on puisse observer assez fréquemment aussi le Sarcome ; 3° L'Epithéliome de la face est particulièrement fréquent chez l'Ara-

be ; 4° Dans l'ensemble, *le cancer cutané est plus fréquent chez l'Arabe que chez l'Européen.*

Nous devons au Docteur **Guigon,** chirurgien des hôpitaux de Constantine, l'observation I (Epithéliome de la joue droite), qui figure au chapitre suivant. Le Docteur Guigon a vu beaucoup de cancers de la peau chez les Arabes, Epithéliomes et Sarcomes. Il estime cependant l'Epithélioma plus fréquent. *Il considère enfin les tumeurs malignes comme aussi fréquentes chez les Musulmans que chez les Européens,* l'évolution étant identique chez les uns et les autres.

Le Docteur **Lacapère,** médecin de l'hôpital Saint-Lazare à Paris, a vu, pendant son séjour à Fez, *un assez grand nombre d'Epithéliomes de la peau* appartenant aux types térébrant et végétant, et nous a fourni les éléments de nos observations XVI, XVII et XVIII. Deux fois, dit-il, nous avons constaté la naissance de néoplasmes sur des ulcérations spécifiques anciennes ; la photographie de l'Epithélioma du vertex (observation XVI) en est un cas ; l'autre concernait une ulcération de la cuisse qui était devenue douloureuse, saignante et fétide, et qui ne guérit qu'en partie par le traitement, la zone néoplasique continuant à évoluer pour son propre compte.

Le Docteur Lacapère signale encore que l'Epithélioma de la langue et de la bouche est particulièrement rare chez l'Indigène du Maroc. A son avis, il n'est pas douteux que cela est dû à la rareté de la leucoplasie. Il a vu cependant un Epithélioma de la lèvre greffé sur une leucoplasie ; mais c'est une rareté.

Le Docteur **Leroy,** médecin des hôpitaux de Constantine, chargé depuis 30 ans du service des maladies vénériennes et cutanées, a vu des quantités d'Epithéliomas chez les Indigènes de son service et croit cette affection *aussi fréquente chez l'Indigène que chez l'Européen* (communication orale à M. le Docteur Morsly, rapportée par ce dernier).

Le Docteur **Martin,** chirurgien en chef de l'hôpital de Constantine, nous a adressé deux lettres successives. « Je ne puis guère, nous disait-il le 10 avril 1919, répondre à votre questionnaire ; depuis plus de 30 ans que j'exerce à Constantine et plus de 20 ans que j'ai un service à l'hôpital, je n'ai jamais vu un seul cas de cancer de la peau chez les Arabes. J'ajoute que je n'ai jamais vu de cancer d'aucune partie du corps, ni utérus ni sein chez la femme, ni lèvre, ni estomac, ni intestin chez l'homme. A mon avis, il y aurait lieu de chercher pour quelle raison le cancer n'existe pas, ou au moins est très rare chez l'Arabe d'Algérie ». Mais le 7 mai, un

mois plus tard, M. le Docteur Martin fut très surpris de constater un cancer de l'estomac au cours d'une laparotomie. « Je viens faire amende honorable, nous écrit-il à cette date. Je vous ai écrit que je n'avais vu de cancer chez des Arabes. Or, ce matin j'ai fait une laparotomie à une femme du Sud de 40 ans. Je pensais trouver un kyste du mésentère ; je suis tombé sur un gros cancer de la face antérieure de l'estomac, ayant contracté des adhérences étendues inopérables. Je suis tout à fait surpris ; je vivais sur cette idée que l'Arabe est exempt de cancer, comme il l'était de la tuberculose à l'arrivée des Français en Algérie, d'après ce que m'ont dit tous les médecins militaires. »

Le Docteur **Molle**, médecin de l'hôpital civil d'Oran, *n'a observé que très rarement de cancer cutané chez les Indigènes algériens.* Il n'a jamais vu de Sarcome, très rarement l'Epithéliome, et la forme la plus fréquente lui paraît être le cancroïde. Tant chez l'Indigène que chez l'Européen fixé en Algérie, nous dit-il, les néoplasmes sont beaucoup plus rares qu'en France. Mon expérience personnelle me permet de l'affirmer ; j'ai exercé la médecine en France de 1894 à 1903, et en Algérie de 1903 à ce jour ; or, tandis que dans une clientèle de même importance je rencontrais en France 20 à 25 cancroïdes par an, je n'en trouve en Algérie qu'un ou deux par an. Cette constatation a été faite par les auteurs : à mesure que l'on s'avance dans le pays du soleil, le cancer diminue de fréquence. En ce qui concerne la prédilection des tumeurs cutanées pour les Indigènes, tout est affaire de propreté. Or certains Européens sont encore moins soucieux de l'hygiène que beaucoup d'Indigènes. La race ne joue aucun rôle.

Le Docteur **Morsly**, médecin en chef des hôpitaux de Constantine, Indigène lui-même, ayant d'autre part une pratique médicale de 37 ans, nous a fait parvenir une lettre des plus intéressantes. Bien que ne m'occupant pas spécialement de ces sortes de maladies, écrit-il entre autres choses, j'en ai rencontré beaucoup dans ma clientèle indigène. Tous les cas observés par moi avaient les caractères cliniques du cancer, mais le diagnostic n'a pas pu être confirmé par l'examen histologique. Je ne comprends pas pourquoi les Indigènes de l'Algérie seraient presque réfractaires aux Epithéliomas de la peau. Je ne vois aucune raison pour expliquer ou confirmer cette remarque. Peut-être les anciens auteurs qui ont écrit sur la matière ont-ils confondu sous le nom de tumeurs syphilitiques, cancers de la face et Epithéliomes ! Mais cette confusion est regrettable et ne peut être maintenue. Quoiqu'il en soit, *vous pouvez affirmer que l'Epithéliome est aussi fréquent*

chez les Indigènes du Nord de l'Afrique que chez l'Européen vivant en Algérie.

Le Docteur Morsly ajoute encore que les Epithéliomas de la face sont les plus fréquents et qu'il a rarement observé de Sarcome cutané. L'Epithélioma est nettement prédominant.

Le Docteur **Nicolle**, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, nous a honoré d'une longue réponse dont nous extrayons les passages suivants :

Je n'exerce pas la médecine. Je n'ai donc l'occasion de voir des malades que lorsqu'on m'en conduit à l'Institut Pasteur, ou bien au hasard des rencontres dans des tournées. C'est vous dire que je ne puis vous apporter de chiffres. Sous cette réserve, voici les renseignements qu'un séjour d'une quinzaine d'années en Tunisie me permet de vous donner :

1° J'ai vu un certain nombre de cancers de la peau chez des Indigènes de la Régence, peut-être une douzaine de cas ;

2° C'était cliniquement des Epithéliomas. Histologiquement j'en ai examiné quelques cas (3 ou 4) et confirmé ainsi le diagnostic ;

3° Je ne me souviens pas avoir vu de Sarcomes cutanés.

Votre dernière question est ambiguë. Est-ce de l'Européen en Europe que vous parlez ou bien de l'Européen né ou habitant en Tunisie ? Il me semble que *l'Epithéliome cutané est plus rare ici chez l'Indigène que chez l'Européen* d'Europe. Je n'ai pas vu d'Epithéliomas cutanés chez des Européens nés ou arrivés enfants en Tunisie. J'ai vu des Epithéliomas cutanés chez des Européens habitant depuis quelques années la Tunisie ; je me souviens avoir pratiqué l'examen histologique confirmatif dans 3 cas au moins. Je ne saurais dire la fréquence relative de l'Epithélioma cutané en Tunisie chez l'Européen ou l'Indigène. Il y aurait lieu de tenir compte des Israélites si nombreux à Tunis et dans certaines villes de la Régence. Je ne saurais donner d'ailleurs aucun renseignement à leur sujet.

Le Docteur **Pidancet**, de Tigzirt (département d'Alger), nous a écrit : Je viens de terminer le relevé des registres des consultations depuis le début de 1914, époque de mon arrivée à Tigzirt. Du 1er janvier 1914 au 30 avril 1919, j'ai donné 19.445 consultations sur lesquelles 6 portent le diagnostic d'Epithélioma de la face. Je ne puis malheureusement vous donner plus de détails, ces cas, sauf un, ne m'ayant laissé aucun souvenir, noyés qu'ils étaient au milieu du nombre considérable des autres malades. L'exception dont je vous entretiens concerne le nommé B... Saïd, âgé de 60 ans environ, atteint d'un Epithélioma térébrant ayant envahi l'orbite.

Ce malade est le seul qui se soit présenté plusieurs fois : le 20 mai 1914, le 26 mai 1915, le 9 juin 1915, enfin le 8 janvier 1916. Il souffrait horriblement et c'est là la cause de ses retours ; autrement le malade, qui refuse toute intervention, déçu de n'être pas immédiatement guéri, ne reparaît plus.

Mon opinion personnelle, puisque vous me la demandez, et sans lui donner plus de valeur qu'elle n'en comporte, est la suivante : *les cancers de la peau ne sont pas fréquents chez les Indigènes, mais ne constituent néanmoins pas une rareté.* Je n'ai vu que des Epithéliomas et toujours à la face ; il n'y a, bien entendu, à tirer aucune conséquence pratique de ce fait qui m'est personnel. La population européenne de ma circonscription est réduite à 60 habitants ; je ne puis donc me baser sur ce petit nombre pour en tirer des conclusions. Toutefois, mon impression, tant ici même que dans les postes que j'ai occupés antérieurement, serait que les cancers de la peau sont *moins rares chez l'Indigène que chez l'Européen,* ce qui se conçoit aisément, à mon avis, étant donné la malpropreté et la fréquence des causes d'irritation chez le premier.

Nous devons au Docteur **Phéline**, de Blida (département d'Alger), la très intéressante observation qui figure sous le N° XXV au chapitre suivant. Il nous a écrit d'autre part :

Je réponds à votre questionnaire en raison de circonstances qui m'ont mis au contact des Indigènes de la montagne et du bled : vaccinations dans l'Atlas blidéen, 2 ans de médecine indigène au Maroc et quelques intérims à l'infirmerie indigène de Blida.

Dans mes tournées de vaccination dans l'Atlas je rencontre chaque année un cancroïde de la face cliniquement indubitable. Je me rappelle également un cancroïde du nez, un de la cavité orbitaire. Il se peut que j'aie rencontré d'autres Epithéliomas auxquels je n'ai pas pris garde et les aie pris pour des syphilides. En tous cas, *le cancer cutané existe ;* je l'ai rencontré chez les mesquines, chez les miséreux. Je visite en particulier les « Marmoucha », tribu montagnarde. Ceux-ci ne se nourrissent que mesquinement ; pas de cultures, simplement miel, glands, figues, produits de leurs troupeaux. C'est chez eux que j'ai rencontré, au milieu de toutes les misères paludiques, varioliques, typhiques et syphilitiques, des affections rongeantes de la peau. Je crois pouvoir affirmer que 5 ou 6 cas diagnostiqués tumeurs malignes l'étaient en connaissance de cause. Répondre à la question posée sur la fréquence relative de l'Epithéliome et du Sarcome est plus malaisé.

Le Docteur **Prunier**, de Bouïra (département d'Alger), nous

déclare avoir rarement observé le Sarcome aussi bien que l'Epithéliome de la peau. Il estime cependant que l'Epithéliome est plus fréquent et que *les tumeurs malignes cutanées sont moins fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen.* Le Docteur Prunier croit devoir ajouter :

Les réponses ci-dessus n'ont qu'une valeur toute relative. En effet : 1° Beaucoup d'Indigènes ne viennent pas nous consulter pour des tumeurs dont ils ne souffrent pas (au début) et qui leur paraissent insignifiantes. Plus tard, leur éloignement des centres ne leur permet pas toujours de venir chez le médecin, un long déplacement étant à ce moment très pénible pour eux ; ou bien ils ne jugent pas à propos de le faire ; 2° Un certain nombre de tumeurs (épithéliales notamment) peuvent être prises à première vue pour des lésions syphilitiques ou autres. L'erreur est rendue plus facile par : *a)* l'impossibilité d'obtenir des renseignements précis ; *b)* la difficulté d'observer avec précision une ulcération recouverte de toutes sortes de produits noirâtres appliqués par les « toubibs » ; *c)* l'indocilité des malades qui, n'ayant été ni soulagés, ni guéris par le traitement prescrit, ne reviennent jamais voir le médecin malgré ses recommandations. Il est donc fort possible que les tumeurs malignes de la peau soient beaucoup plus fréquentes chez les Indigènes qu'on ne l'a admis jusqu'ici.

Le Docteur **Santschi**, de Kairouan (Tunisie), n'a pas observé beaucoup de cancers de la peau chez les Arabes. Il estime que cette affection est *beaucoup plus rare* chez eux *que chez les Européens,* surtout que dans certaines parties de l'Europe.

Enfin le Docteur **Susini**, de Berrouaghia (département d'Alger), estime lui aussi *le cancer cutané peu fréquent en Algérie* et moins fréquent chez l'Indigène que chez l'Européen. Il n'a pas observé de Sarcome et croit l'Epithélioma prédominant, notamment les cancroïdes du nez et de l'orbite.

* * *

Du long exposé qui précède, il résulte en somme que l'opinion du corps médical africain est divisée sur la plupart des questions. C'est ainsi que deux praticiens exerçant dans la même ville (Kairouan par exemple ou Constantine) peuvent avoir une opinion diamétralement opposée. Il n'en est pas moins vrai, comme nous allons le voir, qu'il existe une majorité ayant une opinion nette et précise.

C'est ainsi qu'à la première de nos questions (fréquence des tumeurs malignes cutanées chez les Indigènes de l'Afrique du Nord),

21 médecins ont répondu. Or, 14 d'entre eux, savoir : les Docteurs Alquier, Aucaigne, Biscos, Borricaud, Cambillet, Cristiani, Duboucher, Gallet, Guigon, Lacapère, Leroy, Morsly, Nicolle, Phéline, concluent à la fréquence, l' « assez grande » fréquence ou même la « très grande » fréquence de ces tumeurs. Un quinzième, le Docteur Pidancet, estime qu'elles ne sont « ni rares ni fréquentes ». Neuf seulement concluent à la rareté ; encore 2 d'entre eux (Docteurs Arnaud et Santschi) ajoutent-ils un atténuatif puisqu'ils écrivent tumeurs « plutôt rares ». La majorité est donc ici très nettement en faveur de la fréquence, et nous avons vu exprimer plusieurs fois cette idée que plus l'on pénètrera le milieu indigène, plus les préventions de l'Indigène contre le médecin et la médecine française disparaîtront, plus l'on aura l'occasion d'observer et de soigner de cancers de la peau.

Sur la deuxième question (fréquence relative de l'Epithéliome et du Sarcome), l'accord est pour ainsi dire unanime. Seize médecins nous répondent, en effet, et 15 d'entre eux (Docteurs Arnaud, Aucaigne, Borricaud, Crozes, Dubouchet, Gallet, Guigon, Leroy, Molle, Morsly, Nicolle, Pidancet, Phéline, Prunier, Susini), concluent à la prédominance manifeste de l'Epithélioma. Nombre d'entre eux nous écrivent même n'avoir jamais rencontré de Sarcome cutané. Un seul praticien, le Docteur Arnaud, de Philippeville, a eu l'occasion d'observer plus de Sarcomes que d'Epithéliomes et conclut à la prédominance du premier. Ces chiffres se passent de tout commentaire.

Reste la troisième question, la plus difficile et la plus délicate à résoudre : celle de la fréquence relative des tumeurs malignes cutanées. Sont-elles plus répandues chez l'Indigène ou chez l'Européen vivant en Afrique ? Il n'est pas étonnant que les avis se soient trouvés partagés, et nous comprenons l'hésitation de certains médecins qui se sont récusés, déclarant ne pouvoir exprimer sur ce point une opinion ayant quelque valeur scientifique. Certains praticiens ont une clientèle presque exclusivement indigène, d'autres une clientèle presque exclusivement européenne ; le terme de comparaison manque. Seule une statistique générale poursuivie pendant plusieurs années pourrait évidemment apporter une solution définitive et rigoureuse. Néanmoins, certains avis ont été exprimés de façon tout à fait ferme, et nous attachons la plus grande importance en particulier à ceux du Docteur Cristiani, du Docteur Gallet, du Docteur Guigon, du Docteur Leroy, du Docteur Morsly qui, chefs de services dans des hôpitaux divers, ont pu comparer, comme ils nous le disent, le nombre de consultants ou

hospitalisés indigènes et français venus se présenter à eux porteurs de cancers cutanés.

Bref, sur 14 avis exprimés, 5 médecins estiment ces cancers moins fréquents chez l'Indigène. Ce sont les Docteurs Arnaud, Féraud, Nicolle, Prunier et Santschi. Le Dr Arnaud, de La Calle, et le Dr Santschi, de Kairouan, sont des plus affirmatifs en la matière. Six autres, qui constituent la majorité, estiment qu'entre l'Indigène et l'Européen il ne saurait être fait de différence à ce point de vue. Ce sont les Docteurs Borricaud, Crozes, Duboucher, Guigon, Leroy et Morsly. Un septième (le Docteur Aucaigne) tend à croire les tumeurs malignes cutanées un peu plus fréquentes chez l'Indigène puisqu'il nous écrit « au moins aussi fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen ». Deux médecins enfin (Docteur Gallet et Docteur Pidancet) expriment nettement l'opinion d'une plus grande fréquence chez les Arabes.

Au total, 5 médecins contre 9, c'est-à-dire la moitié environ seulement, pensent à une fréquence moindre chez l'Indigène.

Tout ceci peut être résumé en disant que, *d'une façon générale*, le corps médical exerçant dans l'Afrique du Nord (Algérie, Tunisie, Maroc) estime :

1° *Que les tumeurs malignes cutanées (Epithéliome et Sarcome) sont fréquentes ou très fréquentes chez les Indigènes ;*

2° *Que l'Epithéliome est très nettement prédominant par rapport au Sarcome ;*

3° *Que l'Indigène est aussi réceptif, sinon plus, à ces tumeurs que l'Européen vivant en Afrique.*

Somme toute, l'opinion actuelle de praticiens en contact journalier avec l'Indigène est en désaccord complet avec ce qui était, il y a quelques années, comme nous l'avons dit dans notre chapitre d'historique, l'opinion courante, officielle, et qui continue à être reproduite par les classiques. Nous n'y insisterons pas pour le moment, nous proposant de faire une discussion plus complète à la fin du chapitre suivant.

Que l'on nous permette, néanmoins, de répondre par anticipation à une objection que nous prévoyons. Qui nous prouve, peut-on nous dire en effet, que la majorité dont vous nous parlez aie raison? L'opinion la plus générale est-elle nécessairement l'expression de la vérité, et n'est-ce pas l'unanimité qu'il faudrait avoir pour conclure de façon ferme? Nous ferons donc remarquer que parmi les praticiens estimant le cancer cutané rare chez l'Indigène, il se peut qu'un certain nombre vivaient sur cette idée, autrefois reçue à la Faculté, que cette affection demeurait pour ainsi dire

inexistante chez l'Indigène. Dans ces conditions, quoi d'étonnant, leur attention ayant été détournée du cancer, à ce qu'ils aient plus volontiers songé à un autre diagnostic, celui de syphilis tertiaire en particulier ? La chose est d'autant plus vraisemblable que nombre d'entre eux, éloignés de tout laboratoire, ne pouvaient songer, même l'auraient-ils voulu, à tenter un diagnostic histologique quelquefois indispensable pour poser, confirmer en tout cas le diagnostic. Peut-être, la médication antisyphilitique ne donnant aucun résultat, auraient-ils été conduits au diagnostic exact. Mais nous savons combien l'Indigène se prête peu à une observation suivie et, désillusionné de n'être ni soulagé ni guéri instantanément, déserte avec facilité les infirmeries et hôpitaux français.

Disons enfin qu'en médecine, comme dans toute autre science, un fait positif a plus d'importance et de portée qu'un fait négatif. En d'autres termes, la constatation positive de tumeurs malignes cutanées, et de tumeurs malignes fréquentes par un grand nombre de médecins, nous paraît en particulier d'une portée plus considérable que le fait négatif d'une non constatation par un nombre, d'ailleurs moindre, de médecins africains.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous divisons en deux grands groupes les observations nouvelles — au nombre de 30 — que nous apportons. Dans un premier groupe, où ne rentrent d'ailleurs que des Epithéliomas (qui sont les tumeurs les plus facilement reconnaissables), le diagnostic n'a pu être posé que cliniquement. Il s'agit, en effet, pour un certain nombre, d'observations déjà anciennes, quoiqu'inédites, où la confirmation histologique n'avait pas été recherchée par les observateurs, et où le malade n'a pu être retrouvé. D'autres nous ont été adressées par des médecins de l'intérieur, éloignés de tout laboratoire. Les noms qui figurent en tête de ces observations nous ont paru cependant pour le diagnostic une garantie telle que nous n'hésitons pas à les publier. Un deuxième groupe ne comprend, par contre, que des observations où la biopsie est venue confirmer la clinique. Elles ont trait, pour la plupart, à des malades que nous avons pu examiner et étudier personnellement à l'Hôpital Civil de Mustapha, dans le service de M. le Professeur Gillot.

GROUPE I

Observation I. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Guigon, chirurgien des Hôpitaux de Constantine.) — D... Abdallah, Epithélioma végétant de la joue droite.

D... est un Indigène de la région de Constantine, âgé d'environ 40 ans.

Les antécédents héréditaires et personnels semblent être négatifs.

Il y a quelques années (5 ou 6 ans), le malade reçut au niveau de la joue droite un coup qui aurait déterminé l'apparition, dans l'épaisseur des tissus, d'une petite grosseur de la dimension d'un pois chiche, dure et indolore, même à la pression. Il y a un an, cette petite tumeur a augmenté de volume en même temps qu'elle devenait douloureuse à la pression et à la palpation. En quelques jours, elle prit les dimensions d'une noix, adhéra à la peau, ne tardant pas à former une plaie bourgeonnante qui a été s'agrandissant, lentement d'abord, rapidement ensuite. Le malade ne se décida à consulter un homme de l'art que lorsqu'elle eu les dimensions d'une grosse orange, et n'entra à l'hôpital de Constantine qu'en Mars 1919. Il le quitta d'ailleurs dans le courant de Mai, la tumeur ayant grossi encore et des hémorragies assez abondantes se produisant fréquemment.

Le Docteur Guigon a bien voulu joindre à son observation une photographie de D..., prise quelques jours avant sa sortie de l'hôpital. L'aspect est tout à fait celui d'un Epithélioma végétant qui a envahi la presque totalité de la joue droite, atteignant en avant la commissure labiale et l'aile du nez ; en haut, le rebord inférieur de l'orbite ; en arrière et en bas, la branche montante et le corps du maxillaire inférieur. La lenteur de l'évolution de la tumeur vient encore en faveur de ce diagnostic. Enfin la réaction de Wasserman-Weinberg, ajoute le Docteur Guigon, a été nettement négative après réactivation. Il ne s'agit donc pas d'une lésion syphilitique.

Observation II. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Gallet, chirurgien des hôpitaux de Constantine.) — X... — Epithélioma de la région orbitaire droite.

Le malade est un Indigène de la clientèle du Docteur Gallet, originaire de la région de Constantine.

Il s'est présenté en Juin 1919 à ce praticien, porteur d'une tumeur de la région orbitaire droite, avec l'intention de se faire opérer. Le diagnostic d'Epithélioma a été porté. La tumeur avait disséqué le globe oculaire ainsi que les deux paupières et était adhérente aux os de la cavité orbitaire.

L'affection ayant été jugée inopérable, le malade n'a plus reparu.

Observations III, IV, V, VI et VII. — (Dues à l'obligeance de M. le Docteur Alquier, de Chellala.) — Epithéliomas de la joue gauche, du sillon naso-génien gauche, de la région orbitaire droite, de la face et de la région mammaire.

Les cinq observations suivantes se rapportent à cinq photographies d'Indigènes de la région de Chellala, que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Alquier. M. le Docteur Montpellier et nous-même n'avons pas hésité à y reconnaître cinq Epithéliomas à des stades d'évolution différents.

Le premier d'entre eux (Observation III) est un Epithélioma de la joue gauche chez un homme de 65 ans. Il s'agit d'une forme bourgeonnante dont l'aspect, tout à fait caractéristique, ne permet pas la moindre hésitation. Le Docteur Alquier avait porté d'ailleurs lui-même le diagnostic d'Epithélioma. La tumeur en question occupe toute la partie inférieure de la joue gauche, limitée en arrière par l'oreille, en avant par l'os malaire et le maxillaire supérieur.

L'Epithélioma du sillon naso-génien gauche (Observation IV) a été observé chez un Indigène d'une cinquantaine d'années. C'est une forme de début, peu ou pas ulcérée, qui occupe la partie moyenne du sillon et présente les dimensions d'une petite mandarine.

L'Epithélioma de la région orbitaire droite (Observation V) a également été observé chez un Indigène d'une cinquantaine d'années. Il s'agit d'une forme ulcéro-végétante intéressant la totalité

des deux paupières et, plus particulièrement, l'angle externe où se trouve une grosse masse végétante. Du côté interne, l'aile droite du nez commence à être envahie par une ulcération. La photographie ne permet pas de juger de l'état du globe oculaire qui, vraisemblablement, ne doit pas être indemne.

L'Indigène qui fait le sujet de l'Observation VI (Epithélioma de la face), semble avoir approximativement le même âge que les deux précédents, mais présente des lésions beaucoup plus étendues. C'est encore d'une forme ulcéro-végétante qu'il s'agit. Elle a fait disparaître toute la moitié gauche de la lèvre supérieure, dénudant l'arcade dentaire et les gencives. Au-dessus, le sillon nasogénien gauche, ainsi que la majeure partie de l'aile du nez, jusqu'à l'angle interne de l'œil, ont disparu de la même façon, mettant à nu la cloison et les cornets. Toute la portion de la joue gauche, comprise entre cette ulcération, le milieu de l'os malaire et la commissure labiale gauche, ainsi que la totalité de la paupière inférieure, sont occupées par une masse végétante, anfractueuse et irrégulière. La commissure labiale remontée en haut par des cicatrices contribue à donner à l'ensemble du visage une expression de tragique horreur.

Le sujet de l'Observation VII enfin, est une femme arabe d'une quarantaine d'années. Cette femme présente à la partie tout à fait supérieure de la région mammaire gauche, au niveau de la naissance du sein, une tumeur du volume d'une orange dont le pôle antérieur a été décapité par un processus ulcératif à son début. L'aspect de la section naturelle de la tumeur montre qu'il s'agit, très probablement, d'un Epithélioma. Il y a, enfin, un état éléphantiasique très marqué de la mamelle.

Observation VIII. — X... — Epithélioma de la face et du cuir chevelu.

Cette observation a pour base une photographie publiée en 1907, dans les *Archives des Laboratoires des Hôpitaux d'Alger*, par M. le Docteur Duboucher, de Téniet-el-Haâd (Fascicule IX, planche I). Elle est accompagnée de la mention suivante : « Epithélioma de la face et du cuir chevelu chez un Indigène ».

La photographie en question, qui est d'une très grande netteté, représente un indigène qui semble avoir atteint déjà un âge assez avancé. Une vaste ulcération de forme plus ou moins ovalaire, occupe les 3/4 supérieurs de la joue gauche, toute la région temporale, une partie des régions frontale, pariétale et occipitale. Ses limites antérieures sont représentées par une ligne qui passe approximativement par le milieu de l'os malaire, contourne l'angle interne de l'œil gauche (ce dernier n'étant toutefois pas intéressé), longe la partie supéro-interne de l'arcade orbitaire, et enfin la crête frontale. Ses limites postérieures sont représentées par le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, puis le lobule de l'oreille gauche, le tragus, enfin l'anthélix. Le tragus est intéressé par l'ulcération, mais le pavillon et l'orifice externe du conduit auditif semblent indemnes. La lésion est d'au-

tant mieux visible que le sujet est complètement chauve. Elle a tout à fait l'aspect d'un Epithélioma végétant, accidenté d'anfractuosités, qui paraît être en pleine activité.

Observation IX. — (Due à l'obligeance de M. le Professeur Vincent.) — O... R... — Epithélioma de la lèvre.

Il s'agit d'un indigène de 45 ans, exerçant, rue Randon, à Alger, la profession de tailleur.

Entre à l'hôpital civil de Mustapha le 7 Août 1917, dans le service de M. le Professeur Vincent, où il est opéré. Le registre des opérations porte le diagnostic d'Epithélioma de la lèvre. Le malade quitte l'hôpital le 9 du même mois et n'est plus revu.

Observation X. — (Due à l'obligeance de M. le Professeur Vincent.) — S... S... — Epithélioma de la lèvre inférieure.

Indigène de soixante-dix ans, exerçant à Aïn-Taya (département d'Alger), la profession de journalier.

Le malade a été hospitalisé dans le service de M. le Professeur Vincent, à l'hôpital de Mustapha, du 9 Février au 25 Mars 1918, et y a été opéré. Le registre des opérations porte le diagnostic d'Epithéliome de la lèvre inférieure.

Observation XI. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Cambillet, de Flatters (département d'Alger.) — X... — Epithélioma du nez.

Il s'agit d'un Epithélioma du dos du nez, de dimensions assez restreintes, observé chez un caïd de la région de Flatters, et cliniquement typique.

Un traitement régulier par l'acide arsénieux amena une amélioration notable.

Observation XII. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Cambillet, de Flatters (département d'Alger.) — X... — Epithélioma de la lèvre inférieure.

Cet Epithélioma a été observé chez un ouvrier agricole indigène de la clientèle du Docteur Cambillet. Il s'agissait d'une forme végétante occupant la moitié droite de la lèvre inférieure et empiétant légèrement sur la commissure. La tumeur était cliniquement typique. Le malade a refusé l'intervention sanglante qui lui était proposée et n'a pas été revu par la suite.

Observation XIII. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Aboulker, médecin des hôpitaux d'Alger.) — X... — Epithélioma du grand angle de l'œil droit.

La tumeur dont il s'agit a été observée chez une femme indigène de la clientèle de M. le Docteur Aboulker, originaire de la région de Djelfa.

C'est une ulcération du grand angle de l'œil droit, de la dimension d'une pièce de cinq francs, qui a débuté un an auparavant. La

lésion ne paraît pas intéresser le tissu osseux sous-jacent. Les bords des paupières sont indemnes et les mouvements de l'œil normaux. Il n'y a pas de ganglion pré-auriculaire. Il existe, par contre, dans la région sous-maxillaire droite, un paquet ganglionnaire du volume d'une grosse mandarine. Cette masse ganglionnaire aurait débuté, aux dires de la malade, il y a plusieurs années : il ne semble donc pas s'agir d'une adénite cancéreuse. Les fosses nasales sont normales.

Avec l'assistance de M. le Professeur Cange on circonscrit la lésion par une incision qui passe en tissu sain à 1 centimètre environ de l'ulcération. On pratique le curetage du plan osseux sous-jacent qui cependant paraît sain. L'ablation de la lésion a pu être faite sans intéresser le bord palpébral. Elle se cicatrise progressivement.

La malade est revue un an après et présente une récidive.

Observation XIV. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Aboulker.) — X... — Epithélioma du grand angle de l'œil gauche. Un Indigène entre à l'hôpital civil de Mustapha, salle Larrey, dans le service de M. le Docteur Cochez, au début de Mars 1912. Il est atteint d'un Epithéliome du grand angle de l'œil gauche. La lésion intéresse le tiers interne des deux paupières, les deux tiers supérieurs du dos du nez, le sillon naso-génien gauche et la partie moyenne de la face latérale gauche du nez. La conjonctive de l'œil gauche est saine. Les mouvements du globe oculaire sont conservés. Il n'y a pas de ganglion pré-auriculaire ni sous-maxillaire. A l'examen rhinoscopique, la muqueuse nasale paraît normale et le labyrinthe ethmoïdal ne paraît pas intéressé.

Le 6 Mars 1912 la tumeur est circonscrite par une incision qui va jusqu'au périoste et l'on pratique le curetage des plans osseux sous-jacents. Le labyrinthe ethmoïdal est trépané à la gouge et au maillet. On pratique ensuite à la pince de Luc, l'ablation du labyrinthe ethmoïdal, qui apparaît, en effet, infiltré à ce moment, puis la destruction de la partie supérieure de la face antérieure du sinus maxillaire. L'ouverture et l'exploration du sinus permettent de constater qu'il est indemne à sa partie supérieure.

Le globe oculaire, privé de ses moyens de suspension, flotte dans la plaie opératoire et s'atrophie rapidement. Dans un deuxième temps, M. le Docteur Cochez pratique l'exentération de l'orbite. Ces interventions laissent une énorme brèche opératoire qui suppure abondamment, mais néanmoins se répare et, en moins d'un mois, est réduite des deux tiers. Le 6 Mai 1912, l'état général est excellent, la brèche a la dimension d'une pièce de cinq francs. On inspecte facilement la partie postérieure du labyrinthe ethmoïdal qui paraît saine.

Le 10 Juillet, un orifice cutané de la largeur d'une pièce de cinq francs, persiste toujours. La paupière supérieure du côté malade est infiltrée. Une intervention réparatrice est alors pratiquée par M. le Docteur Aboulker. Le bord cilaire est disséqué sur une hauteur de un centimètre, puis un lambeau de quatre centimètres sur

deux centimètres cinq est taillé sur le front. Il est tordu sur sa base qui se trouve au niveau de la ligne intersourciliaire et suturé en haut et en dehors au bord inférieur de la paupière, en dehors au bord externe de l'orifice, en dedans et en bas au rebord nasal de l'orifice. La plaie frontale est fermée par une suture immédiate. La suture tient en haut et en dehors, mais les fils cèdent en bas et en dedans. Le 30 Juillet, il reste une fente de quatre ou cinq millimètres de large sur trois centimètres de largeur au niveau de la partie latérale du nez. Le lambeau frontal qui a été retourné sur la face est épais et charnu, plutôt exubérant. On pourrait être tenté de le dédoubler pour combler la perte de substance qui reste à former, mais il se produit une cicatrisation progressive de la plaie restante.

Le malade quitte l'hôpital en bon état.

Observation XV. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Aboulker.) — X... — Epithélioma de la joue et de l'oreille droites. Le malade est un Indigène d'une quarantaine d'années. Il s'agit d'un Epithélioma à forme végétante, de dimensions très volumineuses, qui intéresse la presque totalité de la joue droite, et dont l'aspect est véritablement impressionnant. La tumeur est subdivisable en 5 ou 6 lobes, lobes qui sont séparés par des sillons plus ou moins profonds. L'ensemble figure, dans toute sa pureté, le chou-fleur classique. Comme limites, c'est approximativement : en haut, la partie supérieure de l'arcade zygomatique ; en avant, l'angle externe de l'œil, puis une ligne tracée de cet angle à la commissure labiale droite, enfin cette commissure elle-même qui est effleurée et la partie sous-jacente du menton ; en bas, c'est le bord inférieur du corps du maxillaire inférieur ; en arrière, le bord postérieur de la branche montante de ce même os. La partie inférieure du lobule de l'oreille et le tragus sont intéressés, mais le conduit auditif est indemne. Le malade présente un amaigrissement notable ; l'état général est intéressé.

GROUPE II

A l'inverse du précédent, le Groupe II comprend des observations d'Epithéliomas et des observations de Sarcomes. D'où sa division naturelle en deux sous-groupes.

Sous-Groupe A. — Epithéliomas

Observation XVI. — A... M... — Epithélioma de la jambe. (Observation personnelle).

A... est originaire de Tamedjout, près Michelet. C'est un pays de hautes montagnes où la neige fait son apparition l'hiver, de grandes forêts et de ruisseaux. Le climat y est, somme toute, un peu humide.

A... est âgé de 43 ans. Il exerçait la profession de journalier.

Les renseignements fournis sur les antécédents se réduisent à peu de chose. A... n'a connu ni son père ni sa mère. Les parents qui l'ont élevé étaient bien portants, ne présentaient pas de maladies cutanées. Il croit n'avoir ni frère ni sœur. Personnellement, il n'a jamais eu qu'une maladie : sa tumeur.

La vie du malade fut assez mouvementée. Jusqu'à 19 ans, il reste à Tamedjout vivant à la mode arabe, observant les prescriptions hygiéniques et alimentaires du Coran. A 19 ans, lors de l'expédition française à Madagascar, il s'engagea comme muletier, et contribua à assurer, en cette qualité, à travers la brousse malgache, le ravitaillement de nos colonnes. Ici se place un premier incident. Cinq mois environ après son arrivée à Madagascar, dans la région de Marolo, A... contracte un ulcère de la jambe à l'endroit même où siège l'Epithéliome actuel. Cet ulcère, aux dires du malade, superficiel et indolore, resta sans pansement et sans soins pendant deux mois au cours desquels il ne fit que s'agrandir. Revenu en Algérie, A... rentre à l'hôpital militaire du Cap-Matifou (1898). Il y est traité (toujours selon ses dires) par de la poudre d'iodoforme. Evacué de l'hôpital au bout d'un mois, il ne peut cependant reprendre son service et reste 3 mois alité à l'infirmerie de la caserne Sidi-Ferruch, où le « major » le soigne par des attouchements au nitrate d'argent et des pointes de feu autour de la plaie. Les choses n'allant toujours pas mieux, A... est évacué sur l'hôpital du Dey. La plaie, à ce moment, présente les dimensions de la paume de la main. Traitée de nouveau par de la poudre d'iodoforme et de l'eau phéniquée, elle cicatrise avec une lenteur telle qu'A... fait à l'hôpital du Dey un séjour de 2 ans.

Sorti de l'hôpital et libéré en 1897, A... recommence à vivre de son métier de journalier. Il est manœuvre successivement à Alger, à Maison-Carrée, à Birkadem. Sa santé est excellente, mais il a pris certaines habitudes de civilisation, buvant, fumant énormément. Arrive la guerre de 1914. On demande pour la France des travailleurs algériens. A... part en 1915 et est employé à creuser des tranchées, à effectuer différents travaux militaires en arrière du front. Mais avant de se mettre au travail, puis par la suite, à différentes reprises, il vint à Paris « faire la bombe » et y contracta, entre autres habitudes déplorables, celle de s'enivrer. De son aveu même, et pendant les 2 ans que dura son séjour en France, il fut plus ou moins ivre tous les jours, souvent du matin jusqu'au soir.

Rentré à Alger, fin Juin 1916, il reprend son métier d'antan, mais conserve avec la nostalgie de la France ses habitudes nouvelles.

La tumeur qui nous occupe plus spécialement a débuté en Juin 1918. Le malade émet lui-même l'hypothèse que la vie déréglée qu'il mena en France, jointe aux fatigues du front (travail pénible avec de gros souliers) n'y est sans doute pas étrangère. Quoiqu'il en soit, le début se fit, au niveau de la cicatrice de l'ancien ulcère de Madagascar, par un petit « bouton » de la grosseur d'un pois. Ce bouton s'ouvrit spontanément et il s'en écoula un peu de liquide jaunâtre. A... eut d'abord recours à des médicaments kabyles

(applications de plantes écrasées et de poudre), mais cette thérapeutique n'ayant aucun succès, il se décida à se présenter à l'hôpital de Michelet, alors que la nouvelle ulcération était déjà grande comme la moitié de la paume de la main. C'est sur le conseil des médecins de Michelet qu'il se présenta, le 20 Février 1919, à l'hôpital civil de Mustapha, dans le service de la clinique dermatologique. Il est porteur, à ce moment, d'un Epithélioma typique de la jambe gauche occupant la région tibio-tarsienne et s'étendant latéralement aux régions malléolaires externe et interne. La lésion a environ huit centimètres de diamètre. Elle est très bourgeonnante, riche en suc. Elle est, de plus, le siège de douleurs intolérables. Il y a de volumineux ganglions inguinaux gauches. Enfin le malade présente un certain degré d'amaigrissement.

Une biopsie qui confirme le diagnostic clinique a été pratiquée le 26 Février. En voici le résultat : A un faible grossissement, on constate un développement très exagéré des couches épidermiques qui plongent dans le derme sous forme de tractus extrêmement irréguliers. A un fort grossissement, l'épiderme est en hyperacanthose extrêmement marquée. Les bourgeons épithéliaux sont formés d'éléments cellulaires d'un polymorphisme très développé. Au centre de ces bourgeons, les cellules ont un protoplasme boursouflé, par endroits fibrillaire. Leurs contours sont peu marqués. A la périphérie, la couche germinative ordinaire est doublée et parfois triplée. Les cellules y sont assez régulières, cylindriques, dépigmentées. A ajouter par endroits des globes cornés, soit en formation, soit complètement constitués. La limite entre le derme et l'épiderme est extrêmement irrégulière, et, en de nombreux points, tout à fait diffuse par rupture de la membrane basale. En ces derniers points, on voit les cellules épithéliales envahir le derme et s'y essaimer. Le derme lui-même est le siège d'une infiltration très abondante constituée surtout par des cellules lymphoïdes. Par endroits, cependant, il y a des leucocytes polynucléés. Les vaisseaux sanguins sont très dilatés, mais sans lésion apparente des parois. Enfin il y a de l'œdème interstitiel assez marqué. Conclusion : Epithélioma pavimenteux lobulé-corné.

Le 22 Mars, A... qui continue à souffrir beaucoup, accepte l'intervention qui lui est proposée et est évacué, en conséquence, sur le service chirurgical de M. le Professeur Vincent. Une amputation de la jambe au lieu d'élection est pratiquée le 1er Avril et est complétée par l'ablation des ganglions inguinaux. Revu quelques semaines après, le malade est en bonne voie de cicatrisation et se prépare à quitter l'hôpital.

Observation XVII. — Tahar ben A... — Epithélioma de la face. (Observation personnelle.)

Le sujet est un Indigène originaire de Téniet-el-Hâad (département d'Alger). Il est âgé de 45 ans environ et exerce la profession de journalier.

Les renseignements que l'on peut obtenir sur les antécédents héréditaires ou collatéraux sont sans signification. Personnelle-

ment, Tahar ben A... n'aurait jamais été malade jusqu'à l'apparition de la tumeur. Il est marié et père de 4 enfants bien portants.

La tumeur a débuté 4 ou 5 mois avant l'hospitalisation. Ce fut d'abord un petit « bouton » siégeant au niveau de la commissure labiale gauche. Il atteignit rapidement le volume d'une noisette, puis resta stationnaire pendant un mois et demi. Il était, à ce moment, douloureux spontanément et par intermittences. Il s'ulcéra par la suite et s'étendit progressivement aux parties voisines : lèvre inférieure d'abord, puis lèvre supérieure. Sur le conseil d'un médecin, Tahar ben A... a pris pendant 20 jours de l'iodure de potassium, mais cette médication n'ayant aucun effet sur la tumeur, il s'est décidé à entrer à l'hôpital civil de Mustapha, le 8 Avril 1918, et est envoyé dans le service de M. le Professeur Gillot.

La lésion a pour centre, à ce moment, la commissure labiale gauche sur laquelle elle est, pour ainsi dire, à cheval. Elle s'étend en haut jusqu'à l'aile du nez, en bas jusqu'au bord inférieur du maxillaire. Elle déborde un peu, d'ailleurs, la ligne médiane en bas comme en haut. Il s'agit d'une ulcération qui a rongé les deux lèvres et les parties sous-jacentes, laissant à découvert les arcades dentaires. Les gencives elles-mêmes sont envahies et ulcérées. Les bords de la plaie diffèrent de caractère suivant les endroits. Par places, ils sont très déchiquetés ; à d'autres, ils sont limités par un épais bourrelet, prolongé souvent par des nodules secondaires ulcérés ou non. Le fond de l'ulcération est grisâtre, fongueux et sanieux. Il est recouvert d'un enduit purulent et saigne en différents points. L'ensemble formé de gros bourgeons charnus végétants, est très irrégulier. Une grosse masse ulcérée proémine notamment à la partie moyenne de la lèvre inférieure. La partie subsistante des lèvres est le siège d'une tuméfaction très prononcée, et la lèvre inférieure en particulier proémine fortement en avant. La joue gauche est également le siège d'une infiltration dense ; elle présente une teinte érythémateuse et une dureté ligneuse. L'ensemble de la lésion donne d'ailleurs à la palpation une sensation de dureté analogue sur tout son pourtour. Elle est douloureuse à la pression, surtout au niveau de la joue et saigne facilement. Il y a enfin, sous le menton, un gros nodule rouge et dur, qui n'est plus recouvert que par une peau amincie et prête à s'ulcérer.

L'état général du malade demeure assez satisfaisant malgré la difficulté de l'alimentation. Il dit cependant avoir maigri de façon assez notable. De gros ganglions sus-hyoïdiens et sous-maxillaires, durs et immobiles, de volume de plus en plus considérable à mesure que l'on se rapproche de la tumeur, sont facilement palpables. Le ganglion pré-auriculaire gauche est également hypertrophié.

Différentes recherches de laboratoire ont été pratiquées dès l'arrivée du malade. C'est ainsi que sa formule leucocytaire correspond à 62 % de polynucléaires, 22 % de lymphocytes, 16 % de mononucléaires. Une réaction de Wassermann se montre faiblement positive le 13 Avril. Une biopsie de la tumeur lève finale-

ment tous les doutes. Il s'agit non d'une lésion syphilitique, mais d'un Epithélioma spino-cellulaire très net. En voici du reste la description :

A un petit grossissement, l'épiderme présente une hyperacanthose très marquée qui s'exagère lorsque l'on parcourt la préparation, de la peau restée saine vers la muqueuse labiale qui a disparu. Dans le chorion, on trouve un amas de cellules épithéliales présentant, de place en place, l'évolution cornée.

A un plus fort grossissement, on constate que le corps muqueux de Malpighi va en augmentant d'épaisseur de la partie saine à la partie ulcérée, sans Epithéliome de revêtement. En ce point, la membrane basale a disparu et les cellules du corps muqueux, en plein désordre, paraissent faire irruption dans les tissus voisins. Des cellules épithéliales présentant de nombreuses figures de karyokinèse infiltrent le tissu conjonctif du derme et du chorion, indépendamment des amas notés plus haut.

L'évolution cornée est peu marquée dans l'ensemble. Cependant quelques globes épidermiques avec leurs couches de cellules cornées et malpighiennes entourant des cellules dégénérées sont très nets dans la profondeur.

Impatient et versatile comme tous les Arabes, le malade quitte l'hôpital de Mustapha, le 1er Mai 1918, et n'est pas revu par la suite.

Observation XVIII. — M... ben A... — Epithélioma de la face. (Observation personnelle.)

M... est originaire de Dra-el-Mizan, qui est un village de Kabylie, situé à faible altitude dans une région de coteaux. Agé de 65 ans, il a exercé et exerce encore la profession de journalier.

Sur ses antécédents héréditaires, le malade arrive à fournir quelques renseignements. Il a connu notamment son grand-père, homme vigoureux, mort à 95 ans, d'une affection qu'il ne sait préciser. Son père est mort à 60 ans et sa mère à 70, tous deux au cours d'une affection fébrile. Aucun d'eux n'a présenté de maladie cutanée ou de tumeur.

Au point de vue collatéralité, M... a deux frères et deux sœurs bien portants avec une peau indemne de toute tare.

Personnellement, M... n'aurait jamais été malade avant l'apparition de l'Epithélioma qui le fait entrer à l'hôpital. Il nie, en particulier, tout antécédent syphilitique et paludéen. C'est un homme de constitution plutôt robuste dont l'état général est bon. Il est marié et père de 2 enfants bien portants.

L'histoire du malade est la suivante. Il habite Dra-el-Mizan, son village natal, jusqu'à l'âge de 26 ans. Pendant cette période de son existence, vivant en famille dans un milieu arabe, ses habitudes et son régime alimentaire sont ceux d'un Arabe : peu de viande, en tout cas jamais de porc, un peu de vin de temps à autre, mais pas de façon habituelle. En 1878, M... s'engage dans les spahis et reste 8 ans soldat. Il tient garnison successivement à Médéa, Bou-Saâda, Biskra, Laghouat. Libéré en 1886, il revient à Dra-el-Mizan, où il retrouve ses habitudes d'antan. Il y vit de nouveau de son métier

de journalier jusqu'en 1907. A cette date enfin il vient s'installer à Alger, dans le quartier de Bab-el-Oued, qu'il n'a pas quitté depuis, et s'européanise progressivement, mangeant et buvant surtout de tout.

Interrogé sur la cause possible de sa maladie, M... qui a l'intelligence ouverte, l'esprit éveillé, fait ressortir que, de par les obligations de son métier qui est un métier de plein air, il a été souvent exposé au soleil, à la poussière. Au niveau de sa paupière inférieure droite (paupière saine) on peut noter deux petites taches de rousseur. M... ne se souvient pas en avoir présenté de semblables à la paupière inférieure gauche d'où l'Epithélioma est parti.

Voici maintenant l'histoire de la tumeur. Il y a 9 ans, en 1910, alors que le malade habitait Alger depuis trois ans, apparût du côté gauche de la face, à un centimètre au-dessous de la partie moyenne de la paupière inférieure un petit tubercule de la grosseur d'un grain de blé. Ce tubercule était complètement indolore et resta pendant 7 ans stationnaire. Gêné par cette excroissance, incommode et disgracieuse, M... la fit sauter d'un coup d'ongle à différentes reprises. Elle récidivait chaque fois, mais sans pour cela s'étendre. Vers le milieu de 1917 cependant ses dimensions commencèrent à s'accroître et elle atteignit l'étendue d'une pièce de un franc. M... se présente à cette époque à l'hôpital civil et fut hospitalisé dans le service d'ophthalmologie, où M. le Professeur Cange proposa une opération, mais reculant devant le délabrement qu'on lui faisait prévoir, M... refusa toute intervention et quitta l'hôpital. La tumeur s'étendant de plus en plus, il se présente de nouveau à l'hôpital, le 15 Juillet 1918 et est envoyé, cette fois, dans le service des maladies cutanées.

L'ulcération qui occupe à ce moment une partie de la pommette gauche, l'angle externe de l'œil gauche et la moitié environ des deux paupières a grossièrement la forme d'un rectangle et mesure trois centimètres de haut sur 4 centimètres de longueur. Partant du milieu de la paupière inférieure, sa limite descend à deux centimètres au-dessous ; obliquant à gauche, elle suit alors une direction plus ou moins horizontale, sur un trajet de deux centimètres. Elle remonte ensuite pour gagner l'aphophyse orbitaire externe, longe l'arcade sourcilière sur une longueur de 1 centimètre 1/2, et descendant sur la paupière supérieure qu'elle atteint à l'union de son tiers moyen et de son tiers externe elle regagne, sur la paupière inférieure, le point dont nous sommes partis. L'ulcération est peu profonde, à bords épais, pâles, surélevés. Le fond, sensiblement plat, est parsemé de quelques sillons. La couleur générale est d'un rouge vif parsemé de taches jaune sale. Un ou deux points saignent légèrement. Les paupières ont perdu la totalité de leurs cils et se sont accolées l'une à l'autre, fermant ainsi complètement la cavité orbitaire. Elles adhèrent, d'autre part, à la conjonctive sous-jacente. Le globe oculaire emprisonné a subi une atrophie secondaire. Enfin tout le tissu cutané environnant est infiltré, dur et peu mobile par rapport au tissu cellulaire sous-cutané.

Après plusieurs séances de radiothérapie, le malade quitte le service avec une notable amélioration.

On le voit revenir le 6 Mai 1919. Depuis le début de Février, en effet, la plaie qui s'était épidermisée et restait stationnaire est devenue brusquement très prurigineuse en même temps qu'elle s'accroissait par la périphérie. La forme générale est celle d'un cupule de 5 à 6 centimètres de diamètre. Elle est limitée par un bourrelet fortement saillant, rouge. Le fond bourgeonne activement et secrète un liquide ichoreux assez abondant. Du côté de l'œil, il n'y a pas de modifications. Les ganglions cervicaux et sous-maxillaires ne présentent pas d'adénite.

Un fragment de la tumeur est prélevé le 15 Mai en vue d'une biopsie. Voici le résumé succinct de ce qui a été observé :

A un petit grossissement, les couches épithéliales de l'épiderme sont extrêmement hyperplasiées. Le chorion est infiltré par deux sortes d'éléments : des éléments épithéliaux groupés en amas, et des éléments de diapédèse : polynucléaires et cellules à type lymphocyte très disséminées.

A un gros grossissement, ce qui frappe, c'est l'affaissement, par endroits extrêmement caractéristique, de la couche basale ; en ces points on voit des cellules épithéliales grosses, fortement colorées, assez polymorphes de contours, faire irruption dans le tissu sous-jacent. On trouve ces cellules épithéliomateuses, d'une manière générale, groupées en lobes et boyaux formant digitations dans le tissu dermique. Mais on en trouve aussi d'essaimées plus profondément, et sans relation directe avec l'épiderme sous-jacent. Nombreux globes cornés. En somme, il s'agit d'un Epithéliome pavineux lobulé-corné ou spino-cellulaire.

Observation XIX. — A... ben A... — Epithélioma du nez. (Observation personnelle.)

Le malade est un Kabyle, originaire de Zélioua, petit village voisin de Dra-el-Mizan. C'est un pays de côteaux à faible altitude.

Agé de 40 ans, il est propriétaire-cultivateur. Au point de vue antécédents héréditaires, il peut préciser que son père est mort à l'âge de 65 ans d'une affection de l'estomac. Cette affection s'accompagnait de vomissements fréquents et de mélœna (cancer ?). Sa mère est bien portante et les parents qu'il connaît aussi. Aucun d'entre eux n'a présenté quoi que ce soit de particulier du côté de la peau. Il a quatre frères et trois sœurs en bonne santé. L'histoire personnelle du malade présente divers incidents. Il habite tout d'abord Dra-el-Mizan avec son père qu'il aide à cultiver sa propriété. Il mène, à cette époque, la vie d'un bon Arabe, sobre, ne buvant pas de vin, mangeant très peu de viande.

En 1896, ayant atteint 18 ans, il s'engage comme tirailleur et s'adapte, à partir de ce moment, aux habitudes et à la cuisine française, sans toutefois, dit-il, faire d'excès. Il tient successivement garnison à Alger, Blida, Miliana, Djelfa, Laghouat, Cherchell, Ténès, Tizi-Ouzou. En 1907, étant toujours tirailleur, il contracte à Tizi-Ouzou une dysenterie grave qui nécessite une longue hospitalisa-

tion à l'hôpital militaire de cette ville. Libéré en 1909, mais incomplètement guéri et sujet à des crises fréquentes d'entérite, il revient à Dra-el-Mizan, où il vit 4 ans sans travailler. En 1914, il est mobilisé au 1er Régiment de Tirailleurs, à Blida, mais son entérite chronique le rend incapable de tout service sérieux et après plusieurs hospitalisations successives il est finalement réformé en Octobre 1915. Revenu à Dra-el-Mizan, il continue à se reposer. En 1916, il se marie. — A... signale encore qu'il a eu les « fièvres du pays » à différentes reprises, sans pouvoir cependant préciser les dates. Il est d'ailleurs porteur d'une grosse rate.

La tumeur pour laquelle le malade entre le 7 Octobre 1918 à l'hôpital d'Alger, dans le service de M. le Professeur Gillot, a débuté vers la fin de l'été de l'année précédente, au niveau de l'aile droite du nez. Ce fut d'abord une simple « rougeur » prurigineuse que le malade grattait à tout instant. Il tente, à un moment donné, de la soigner par une méthode kabyle, au moyen d'applications de feuilles d'olivier sauvage écrasées, mais cette médication (?) resta sans succès. En Octobre 1917, apparut au niveau du tiers inférieur de l'aile du nez une « espèce de croûte » sèche, grisâtre, qui s'étendit petit à petit, puis, deux mois environ après, une seconde, au niveau de la racine. Ces croûtes étaient indolores, mais le malade avait une sensation continuelle de constriction du nez. Enfin les deux croûtes se rejoignirent, la peau s'ulcéra et se mit à suppurer.

A l'arrivée du malade à Mustapha, on note un amaigrissement assez prononcé. Un gros ganglion existe au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur. Sur la région temporale droite il y a quelques taches de séborrhée sénile. Enfin, signe particulier, A... qui a les cheveux bruns et la barbe très rousse, est criblé de taches de rousseur, plus nombreuses au niveau des membres, et il dit être le seul de sa famille à présenter cette particularité. Longuement interrogé, il ne peut retrouver le souvenir d'une irritation chronique de la peau au niveau du siège de la tumeur, et, à l'inverse des autres malades du service atteints de la même affection, il n'émet aucune hypothèse personnelle sur son origine. Il a simplement été exposé au vent, au soleil, à la poussière, à la pluie, comme nombre d'autres Arabes.

La tumeur intéresse le tiers moyen et le tiers supérieur de l'aile droite du nez. L'ensemble figure grossièrement un rectangle allongé dont les grands côtés sont verticaux et ont une largeur de quatre à cinq centimètres alors que les petits côtés, horizontaux, n'en ont guère que deux à trois. L'ulcération déborde légèrement l'aile du nez et commence à s'étendre sur la joue droite. La plaie est sèche, dure, couverte d'une croûte noirâtre, fendillée. Les bords sont bien découpés, durs et saillants. Le tissu environnant est induré, infiltré et rougeâtre.

Fin Avril, malgré le traitement radiothérapique institué, la tumeur a gagné du terrain et affecte une forme ulcéro-végétante. Il existe à ce moment, au niveau du tiers moyen de l'aile du nez, une perte de substance de la dimension d'une pièce de 2 francs qui laisse voir le cornet moyen rouge et infiltré. L'ulcération a atteint,

d'une part, l'angle interne de l'œil droit et entame d'autre part l'aile gauche du nez après en avoir franchi le dos. Une biopsie a été pratiquée pour confirmation histologique.

Voici les grands traits de ce que nous avons pu observer :

Au faible grossissement, on constate une augmentation très notable des couches épithéliales de l'épiderme. Le chorion est parsemé de groupes d'éléments épithéliaux et de polynucléaires.

A un plus fort grossissement, on voit le corps de Malpighi hyperplasié. La membrane basale a disparu en plusieurs points et les cellules du corps muqueux, passant par la solution de continuité, ont envahi en plein désordre le tissu sous-jacent où elles forment, par places, des digitations profondes. Ces cellules sont très polymorphes. De nombreux globes épidermiques avec leurs caractères ordinaires sont visibles dans la préparation.

Comme conclusion, il s'agit donc d'un Épithélioma pavimenteux spino-cellulaire.

Observation XX. — L... S... — Epithélioma de la face et du cou. (Observation personnelle.)

Le malade est encore un Kabyle. C'est un montagnard natif de Sidi-Aïch, petit village situé à 1.200 mètres d'altitude, où la neige persiste longtemps l'hiver. De grandes forêts, des ruisseaux nombreux y entretiennent un climat vraisemblablement un peu humide.

L... est âgé de 40 ans. Il exerçait la profession de journalier.

Les antécédents héréditaires et collatéraux ne décèlent aucune tare ou maladie familiale. L... possède actuellement encore sa mère qui est bien portante. Son père, qui était un homme robuste, a été tué accidentellement en 1916. Cinq frères sont en bonne santé. Aucun membre de la famille n'a eu de maladie cutanée.

Personnellement, L... n'a jamais présenté que quelques accès paludéens, et l'histoire de sa vie, peu mouvementée, est très simple. Il a toujours habité la Kabylie, ne la quittant que trois ou quatre mois chaque année pour aller travailler dans les vignobles de la plaine de la Mitidja. Il n'a jamais été soldat, n'a jamais quitté l'Algérie. Ayant toujours vécu dans des milieux arabes, il est resté, d'autre part, fidèle aux anciennes traditions, n'a jamais bu de vin, jamais mangé de porc. Le couscous, les farines et les légumes ont toujours été la base de sa nourriture. Un fait digne de remarque est qu'il n'a jamais fumé, jamais chiqué. Tout au plus peut-il indiquer comme cause possible d'irritation des lèvres d'où est partie la tumeur qui l'amène à l'hôpital, l'habitude, assez répandue d'ailleurs chez les Indigènes de la campagne, de mâcher des piments.

L'apparition de la tumeur date de l'automne 1914. Elle débuta vers le milieu de la lèvre inférieure par un petit « bouton » prurigineux que le malade ne manqua pas de gratter et s'étendit assez rapidement à toute la partie gauche de la joue. Un traitement par des plantes du pays, en applications, coïncida avec une amélioration. La majeure partie de l'ulcération pu se cicatriser en effet. Il persista néanmoins, vers la commissure gauche, un foyer qui, en

1918, entra en prolifération active, bourgeonna, s'étendit de plus en plus au point d'intéresser le menton lui-même. L... fait alors un premier séjour à l'hôpital civil de Mustapha (Septembre 1918). Un traitement radiothérapique est institué, mais le malade, impatient, quitte l'hôpital au bout de 10 jours et reprend ses occupations. Quelques mois après, la lèvre supérieure est prise à son tour. L... revient alors à l'hôpital et entre, le 21 Janvier 1919, dans le service de M. le Professeur Gillot. En Mai de la même année, la tumeur de nouveau progresse. Elle est représentée par une grosse masse végétante en chou-fleur qui occupe la commissure labiale gauche, la moitié de la lèvre inférieure, les deux tiers environ du menton et la partie supérieure de la région sus-hyoïdienne. Une autre masse de même nature et de même aspect occupe la moitié gauche de la lèvre supérieure. L'ensemble, d'où s'écoule un liquide ichoreux très fétide qui se mélange, au niveau des lèvres, à de la salive incessamment sécrétée, a un aspect véritablement hideux. Le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure est rouge, infiltré. Les incisives et les canines, déchaussées, ont disparu les unes après les autres. L'état général est précaire par suite de la difficulté de l'alimentation. La parole est difficile et douloureuse. Il existe enfin de nombreux ganglions cervicaux dont un semble évoluer vers la suppuration.

Une biopsie de la tumeur a été pratiquée le 15 Mai 1919. A un faible grossissement, on observe que le tissu épithélial est le siège d'une prolifération anormale et que des tractus épithéliaux s'enfoncent dans le tissu sous-jacent. Le chorion est très fortement infiltré par des éléments de diapédèse où dominent les lymphocytes, mais on y rencontre également des polynucléaires.

Un plus fort grossissement montre qu'en un point de la préparation la basale est rompue. A ce niveau, les cellules épithéliales font irruption dans le tissu sous-jacent où elles s'infiltrent. Il n'y a pas de dégénérescence cornée, et partant pas de globes épidermiques. Mais les cellules épithéliomateuses sont grosses, vacuolaires, désorientées, formant de nombreux bourgeons plus ou moins typiques.

Comme conclusion, il s'agit donc d'un Epithélioma pavimenteux lobulé.

Observation XXI. — G... Ali ben A... — Epithélioma de la jambe. (Observation personnelle.)

Malade entré dans le service de M. le Docteur Montpellier, à l'hôpital civil de Mustapha, le 30 Décembre 1917.

Agé de 46 ans. Profession de portefaix.

Il est impossible d'obtenir un renseignement utile sur les antécédents héréditaires et collatéraux ou personnels. L'histoire de la maladie est la suivante. En 1895, étant à Madagascar, G... vit apparaître spontanément, au tiers inférieur de la face postérieure de la jambe gauche, à l'endroit de la tumeur actuelle, de petites ulcérations. Revenu peu après à Alger, il fut traité et guéri à l'hôpital militaire du Dey. En 1914, des ulcérations semblables réapparais-

sent au même endroit, puis se cicatrisent. Il y a trois mois enfin une nouvelle rechute s'est produite. Le malade explique qu'une tache régulière de la dimension d'une pièce de cinquante centimes, est d'abord apparue, puis s'est agrandie et ulcérée progressivement. Indolore au début, elle est devenue par la suite le siège de démangeaisons, puis de douleurs vives (piqûres d'aiguilles).

A l'entrée du malade dans le service de M. le Docteur Montpellier, on constate une large ulcération de forme ovalaire occupant les faces postérieure, externe et interne du tiers inférieur de la jambe gauche. Sa longueur est de 12 centimètres sur 8 centimètres de largeur. Les bords, régulièrement circulaires en haut, sont, en bas, très irréguliers. Le passage à la peau avoisinante se fait par un épais bourrelet, sauf sur le bord interne toutefois où l'ulcération se continue avec un limbe épidermique rose pâle, et plus en dehors blanchâtre. Le fond de l'ulcération est semé de gros bourgeons charnus, rougeâtres, à peine saignants, mais qui sont le siège d'une sécrétion séreuse. Du côté externe, le fond est papillomateux.

L'examen des différents appareils (respiratoire, circulatoire, digestif, nerveux) ne dénote rien de particulier, si ce n'est une rate assez volumineuse. Une réaction de Wassermann, pratiquée le 14 Janvier 1918, est positive. Le malade est mis en conséquence au traitement mercuriel.

Le 30 Janvier, il n'y a aucun changement dans la plaie qui reste atone.

Le 5 Février, la partie centrale de l'ulcération étant recouverte de sphacèle, un curetage est pratiqué.

Le 15 Février, le sphacèle ne s'est pas reproduit. Le fond de l'ulcération est couvert de petites masses assez comparables à des framboises, tapissées par une sécrétion blanchâtre.

Le 2 Mars enfin un morceau de la tumeur est prélevé et une biopsie est pratiquée par M. le Professeur Poujol, au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine. L'examen histologique montre alors qu'il s'agit d'un Epithélioma lobulé. Voici la description que nous croyons pouvoir en donner nous-même :

A un petit grossissement, on voit que les couches épithéliales sont hyperplasiées et qu'il s'en détache une série de bourgeonnements épithéliaux s'enfonçant dans la profondeur du tissu sous-jacent. Le chorion est le siège d'une infiltration abondante constituée surtout par des cellules lymphoïdes.

A un plus fort grossissement, on constate que les bourgeons épithéliaux sont formés par des cellules très polymorphes dont le protoplasma est boursouflé et plus ou moins vacuolaire. La membrane basale est rompue en maints endroits. Là encore, enfin, il n'y a pas de production cornée.

Le 1er Avril, la tumeur a notamment progressé. Les bourgeons centraux sont en plein développement. Le malade, refusant l'amputation, est finalement évacué le 22 Avril et ne reparaît plus à l'hôpital.

Observation XXII. — M... ben M... ben B... — Epithélioma du cou de pied droit. (Observation personnelle.)

Malade entré dans le service de M. le Professeur Gillot, à l'hôpital civil de Mustapha, le 5 Décembre 1918.

Age, 50 ans. Profession, cultivateur.

M... est originaire de la commune mixte de Téniet-el-Haâd, dans le département d'Alger.

Les renseignements fournis sur les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans valeur. M... n'avait jamais été malade. Il a 2 femmes bien portantes et 3 enfants en bonne santé.

Le début de la maladie actuelle remonte à l'hiver 1917. M... vit apparaître à cette époque un petit « bouton » sur l'emplacement de l'ulcération actuelle. Ce « bouton », douloureux dès le début, s'accrut progressivement en même temps que l'état général s'altérait avec rapidité. Un traitement tenté au moyen de plantes du pays fut complètement inefficace, et c'est cet insuccès qui a déterminé le malade à venir se faire soigner à Alger.

A l'arrivée à l'hôpital de Mustapha, on note une vaste ulcération occupant toute la partie interne du cou de pied droit. Les bords sont mamelonnés et anfractueux, le fond bourgeonnant. Un liquide ichoreux très fétide s'écoule de la plaie. L'état général du malade qui est très pâle, amaigri, et dont l'appétit est à peu près nul, est assez précaire.

Un examen histologique confirme le diagnostic clinique d'Epithélioma. Il s'agit d'une forme spino-cellulaire.

A un petit grossissement, on peut observer, en effet, une hyperacanthose très notable des couches épithéliales qui envoient dans la profondeur toute une série de digitations et de prolongements. Le chorion est là encore infiltré, comme il est de règle, par des éléments de diapédèse : polynucléaires et surtout lymphocytes.

A un plus fort grossissement, deux ou trois solutions de continuité apparaissent dans la membrane basale. En ces points, les cellules épithéliales s'infiltrent dans le tissu sous-jacent en grand désordre. Très polymorphes de contour, elles ont un protoplasma souvent vacuolaire. L'évolution cornée est très nette dans toutes les préparations et de nombreux globes apparaissent dans toute leur pureté classique. C'est ainsi qu'à la limite d'un bourgeon on observe des cellules hautes implantées perpendiculairement. Au-dessous, viennent des cellules à caractère malpighien, puis un stratum granulosum à grains d'éléidine, au centre enfin un globe corné avec disposition imbriquée caractéristique.

M. le Professeur Poujol a confirmé le diagnostic d'Epithélioma spino-cellulaire.

Le malade est évacué sur un service de chirurgie le 8 Janvier 1918 en vue d'une amputation.

Observation XXIII. — F... M... ben M... — Epithélioma de la lèvre inférieure. (Observation personnelle.)

Le malade est âgé de 45 ans. C'est un ancien fonctionnaire indigène qui a exercé entre autres les fonctions de garde champêtre.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans grande signification. C'est ainsi que F... a connu son grand-père et sa grand'mère, tous deux morts à un âge avancé, mais sans qu'il puisse dire de quelle affection. Son père est mort à 78 ans, « des fièvres » ; sa mère également vers la cinquantaine. Il a un frère âgé de 40 ans et six sœurs, tous mariés et bien portants. A sa connaissance, il n'y a jamais eu de maladie de peau ou de tumeur ressemblant à celle dont il est porteur chez les membres de sa famille.

Personnellement, F... signale dans ses antécédents une blennorragie très ancienne et des accès de paludisme. Il est marié, sans enfant. L'histoire de sa vie est la suivante :

Né aux environs de Téniet-el-Haâd, dans une région sèche (plaines et petits coteaux), il resta jusqu'à 20 ans au pays natal. Ses parents étant petits propriétaires, il vécut dans une oisiveté complète. Ses habitudes hygiéniques et alimentaires furent pendant cette période celles d'un bon Arabe : alimentation presqu'exclusivement végétarienne, jamais de porc, jamais d'alcool ; peu ou pas de tabac. A 20 ans, F... s'engage dans les spahis pour une période de 4 ans. Il tient garnison successivement à Téniet-el-Haâd, Médéa, Boghari (2 ans et demi) et a l'occasion de faire, vers le Sud (jusqu'au Sahara, dit-il) de nombreuses randonnées à la poursuite de pillards. A partir de cette époque, F... commence à fumer beaucoup, habitude dont il ne s'est plus départi depuis. Il fait également connaissance avec la cuisine du régiment, mais aussi avec le vin et l'absinthe qu'il ne dédaignera plus. Libéré, il revient vivre chez son père, à Téniet-el-Haâd. Il reste dix ou onze ans oisif, remplit pendant un an les fonctions de planton de l'Administrateur puis celles de garde champêtre indigène pendant 4 ans, est ensuite employé dans un bureau de poste de la même région. Depuis deux ans enfin il s'est retiré à Téniet-el-Haâd, uniquement occupé à se soigner.

La tumeur dont F... est porteur a débuté, en effet, dans l'été de 1915. Ce fut d'abord, au niveau de la lèvre inférieure gauche, au voisinage de la commissure, un tout petit « bouton ». Ce bouton était très prurigineux. Il s'ulcéra, se recouvrit d'une croûte, et le malade ne put résister à la tentation de gratter et d'enlever cette croûte à maintes reprises. Il y a deux ans, en 1917, l'ulcération atteignait la dimension d'une pièce de 2 francs et laissait sourdre un peu de liquide jaunâtre. Elle s'étendit de plus en plus par la suite. F... est entré à l'hôpital de Téniet-el-Haâd, au printemps de 1918. Il aurait, dit-il, été soigné à cette époque par des pommades (?), mais sa plaie ne s'améliorant pas assez vite il quitte l'hôpital au bout de quinze jours et essaye diverses médications arabes qu'il décrit avec complaisance. Nous croyons qu'il n'est pas tout à fait inutile d'y insister un peu, ne serait-ce qu'à titre de curiosité pure, tant les confidences de malades indigènes sont rares sur ce sujet. Ce furent d'abord des applications à froid de feuilles écrasées : feuilles d'olivier sauvage, feuilles de mauve. Un empirique arabe conseilla ensuite un régime alimentaire sans sel, prescrip-

tion que le malade observa rigoureusement pendant 40 jours. F... eut encore recours à l'ingestion de ce qu'il appelle la « hasbah » : mélange de farines diverses, agglutinées par du miel, dont il ne peut préciser la nature, le tout accompagné d'infusions d'une racine spéciale rapportée de La Mecque par les pèlerins. Toutes ces médications ayant échoué et le volume de la tumeur s'accroissant plus rapidement depuis six mois, le malade se décide à venir à l'hôpital d'Alger, et il entre, le 16 Juin 1919, dans le service de M. le Professeur Gillot.

L'ulcération que nous voyons à cette date occupe toute la moitié gauche de la lèvre inférieure. Elle descend, en bas, jusqu'au milieu de la région mentonnière. A gauche, elle ne dépasse pas la commissure. En haut, par contre, elle s'est étendue à l'arcade dentaire voisine, infiltrée. Un certain nombre de dents remuent dans leurs alvéoles et sont sur le point de se détacher. Les bords de la plaie, rouges, hypérémiés, sont découpés comme à l'emporte-pièce. Le centre est bourgeonnant, riche en suc. Au-dessous de l'ulcération proprement dite, à gauche, on sent sous la peau du menton, un certain nombre de petites nodosités. Il existe enfin de gros ganglions sous-maxillaires du côté de la tumeur.

Interrogé sur l'origine qu'il croit pouvoir attribuer à son affection, F... soutient qu'elle est causée par des vers, qu'il sent fort bien remuer, dit-il, à l'intérieur de sa lèvre, et qui l'empêchent parfois de reposer la nuit. Il ne croit pas que l'abus du tabac puisse être incriminé, son père et son frère ayant fumé au moins autant que lui.

L'alimentation n'est que peu gênée. L'état général reste satisfaisant.

Pour confirmation du diagnostic clinique d'Epithélioma, une biopsie est pratiquée le 22 Juin 1919. Elle est tout à fait confirmative et montre qu'il s'agit d'un Epithélioma lobulé pavimenteux, du type corné.

A un faible grossissement, on voit des couches épithéliales hyperplasiées d'où se détachent toute une série de bourgeons dirigés vers la profonde. Le chorion est infiltré.

A un grossissement plus fort, on constate des cellules épithéliomateuses, soit en digitations, soit en petits amas. Ces cellules sont très polymorphes, souvent à gros noyaux. On y constate un certain nombre de figures de karyokinèse. Il y a enfin, de place en place, au milieu des cellules épithéliomateuses des globes cornés épidermiques de structure tout à fait classique.

Observation XXIV. — M... ben S... — Epithélioma de la jambe. (Observation personnelle.)

Le malade est un Kabyle, âgé de 35 à 40 ans. Il exerce la profession d'ouvrier agricole.

Les antécédents sont peu instructifs : grand-père et grand'mère morts à un âge avancé ; père de constitution robuste, assassiné en 1899 ; mère vivante et bien portante ; un frère bien portant ; six

sœurs toutes mariées et en excellent état de santé. Ni maladie cutanée, ni tumeurs dans la famille.

M... n'a jamais été très robuste, mais il n'a jamais eu cependant de maladie sérieuse. La tuberculose, en particulier, semble pouvoir être éliminée. A signaler seulement quelques accès paludéens.

L'histoire du malade est très simple. Né à Habou, petit village de Kabylie, situé au bord de la mer, il n'a jamais quitté cette région que pour venir à Alger. Il affirme n'avoir jamais rompu avec les habitudes arabes. Son alimentation, en particulier, a toujours été presqu'entièrement végétarienne. Très religieux, il n'a jamais bu d'alcool ni fait aucun excès. Sa vie s'est toujours passée à la campagne et au grand air.

Le début de l'affection actuelle remonte à 4 ans environ. A cette époque (1915), plusieurs petits « boutons » apparurent à la région postérieure de la jambe gauche, à peu près en son milieu. Ces « boutons », qui étaient très prurigineux, ne tardèrent pas à s'ulcérer, en laissant écouler un liquide jaunâtre; puis les ulcérations confluèrent en une plaie unique grande à peu près comme une petite paume de main. Malgré ces dimensions, cette plaie serait restée superficielle et ne bourgeonna pas. Le malade y fit des applications de plantes kabyles, ingéra, comme le sujet de l'observation précédente, de la « hasbah ». Bref, la plaie se ferma en quelques mois. Une nouvelle ulcération apparut par le même processus, en 1915, au côté droit de la même jambe. Elle guérit de la même façon. En 1917, au début de l'été, autre ulcération, du côté gauche. Cette fois, M... ennuyé par ces récidives, se rendit à l'hôpital de Dellys, où on le soigna pendant 25 jours, dit-il, au moyen de pommades diverses. La plaie finit une fois encore par cicatriser. Il y a un an enfin, toujours par le même processus, prit naissance une nouvelle et dernière ulcération, antérieure cette fois; c'est celle qui décida le malade à venir à l'hôpital d'Alger. Il est envoyé dans le service de M. le Professeur Gillot, le 18 Juin 1919.

La tumeur dont il s'agit a pour siège précis le milieu de la face antérieure de la jambe gauche. Elle empiète légèrement, d'ailleurs, sur les faces latérales. Plus étendue du côté interne, elle mesure 15 centimètres en hauteur de ce côté contre 12 du côté externe. Sa largeur est de 8 à 10 centimètres. Les bords sont rouge vif, forment un bourrelet saillant qui l'encadre de tous côtés. Au centre, 3 volumineux bourgeons, saignant au moindre contact, proéminent fortement. Latéralement, la surface bourgeonne avec moins d'intensité. De tout l'ensemble, s'écoule d'ailleurs, en même temps que du sang, un ichor sanieux et fétide. Tout autour de l'ulcération, la peau est modifiée et peut être divisée en deux zones : une première zone, immédiatement contiguë à la tumeur, est représentée par une peau mince et luisante, hypérémiée, rose pâle. Cette zone se continue sur les faces latérales et postérieure de la jambe, au niveau des ulcérations anciennes signalées par le malade. Il y a là manifestement une cicatrice ancienne. Au-dessus et au-dessous, à mesure que l'on se rapproche par conséquent du genou et du cou de pied, la peau de la jambe, naturellement bronzée, est

complètement dépigmentée en de nombreux endroits; la jambe présente à ce niveau une infinité de taches blanches extrêmement irrégulières, qui peuvent faire penser à une syphilis ancienne.

Signalons enfin que la tumeur s'accompagne d'un état éléphantiasique très marqué de la partie inférieure de la jambe et du cou de pied. Il y a, en même temps, du côté gauche, de nombreux ganglions inguinaux, dont un, très volumineux, dans le triangle de Scarpa.

L'état général est profondément atteint. Le malade est très amaigri, les traits tirés, la figure extrêmement pâle. L'appétit est fortement diminué.

Pour confirmation du diagnostic clinique d'Epithélioma, un fragment de la tumeur a été prélevé le 22 Juin. La biopsie portait au niveau d'un gros bourgeon framboesoïde. Elle a été tout à fait confirmative.

A un petit grossissement, on constate l'absence de revêtement épidermique régulier.

A un gros grossissement, on trouve, au milieu d'un tissu ayant la constitution habituelle d'un bourgeon charnu, des cellules épithéliomateuses. Les unes sont groupées en boyaux ou en lobules; les autres sont essaimées en petits amas. Ces cellules épithéliomateuses sont des cellules à gros noyaux présentant des figures de karyokinèse. Elles sont plus ou moins polymorphes, atypiques, donnant l'impression d'une vitalité vigoureuse. Parmi les lobules épithéliomateux il y a quelques globes cornés épidermiques bien constitués, profondément enclavés dans le tissu granulomateux.

En résumé, Epithélioma pavimenteux lobulé du type corné, probablement greffé sur une ulcération syphilitique.

Observation XXV. — (Due à l'obligeance de M. le Docteur Phéline, de Blida). — Yahi A... — Epithélioma périnéo-ano-rectal.

Yahi A... est un Indigène originaire de El-Behim, cercle de Boghari, dans le Sud du département d'Alger. Agé de 30 ans environ, il a exercé la profession de cultivateur dans son bled jusqu'à 1914. Peu de temps avant la guerre, il s'est engagé dans l'armée française. Après onze mois de service, blessé au bras gauche à la bataille de Charleroi, il est réformé n° 1 et revient de nouveau vivre en Algérie.

Le malade arrive à l'hôpital de Blida, le 2 Avril 1919, envoyé pour intervention par l'hôpital de Boghari avec le diagnostic d' « incontinence des matières fécales ». L'état général est très mauvais.

Il s'agit, en effet, d'un sujet émacié, au teint cachectique auquel on accorderait plus volontiers 45 ans que 30. C'est d'ailleurs un primitif difficile à interroger.

Dans les antécédents personnels, il ne semble rien y avoir de notable.

D'autre part, il ne semble pas qu'en onze mois de service, A... ait eu le temps d'être sérieusement influencé par les habitudes européennes.

Sur les antécédents héréditaires, il est impossible d'obtenir de renseignements. « Mes parents, dit le malade, sont morts comme tout le monde. » Deux sœurs sont mortes de la même façon. Enfin A... a deux frères vivants.

La tumeur aurait débuté en Février 1919 par une « grosseur » à l'anus qui s'est progressivement étendue à tout son pourtour, intéressant aussi la peau de la région immédiatement avoisinante. Seule la défécation était douloureuse au début, puis les douleurs sont devenues continuelles.

A l'arrivée à Blida, le malade marchait ployé, la mine souffreteuse, perdant des matières infectes. Il avait donné l'impression d'être porteur de fissures infectées. C'est à l'exérèse que l'on s'aperçut que la tumeur remontait jusqu'à environ 12 centimètres dans le rectum avec destruction du sphincter, et qu'il s'agissait probablement d'un Epithélioma. La nature épithéliomateuse de la tumeur fut confirmée par un examen histologique, mais la description des préparations ne nous a pas été donnée.

A... a été opéré le 17 Avril 1919. Le 5 Juin de la même année, date à laquelle le Docteur Phéline nous faisait part de son observation, les suites opératoires étaient excellentes et l'amélioration de l'état général tout à fait remarquable.

Observations XXVI, XXVII et XXVIII. — (Dues à l'obligeance de M. le Docteur Lacapère.) — Epithéliomas du vertex, de la face, de la région temporale droite.

Les trois observations suivantes ont été recueillies à Fez, par le dermatologiste parisien Lacapère, chez des consultants du Dispensaire antisyphilitique qu'il a créé dans la capitale marocaine et dirigé pendant trois ans. L'examen histologique de ces trois tumeurs a été pratiqué, mais la description ne nous en a pas été donnée. Par contre, M. le Docteur Lacapère a bien voulu nous adresser trois photographies tout à fait suggestives.

L'Epithélioma du vertex (Observation XXVI) a pour porteur un Indigène marocain qui paraît être relativement jeune. M. le Docteur Lacapère nous signale qu'il a pris naissance sur d'anciennes ulcérations syphilitiques. Il occupe le sommet du vertex, empiétant à peu près également sur les deux pariétaux, limité en arrière par l'occipital. Les dimensions sont approximativement celles d'une paume de main. Il s'agit nettement d'une forme végétante. L'aspect est celui du chou-fleur.

L'Epithélioma de la face (Observation XXVII) a été observé chez un Indigène de 60 à 70 ans. C'est une forme térébrante. La lésion est grossièrement circulaire. Elle intéresse la totalité de l'aile gauche du nez, effleure l'angle interne de l'œil gauche, empiète sur la région malaire et la partie tout à fait supérieure de la lèvre. Au niveau du sillon naso-génien se trouve une perte de substance des dimensions d'une pièce de 5 francs environ qui semble conduire au niveau des cornets moyen et inférieur.

La troisième tumeur est survenue chez un Marocain d'une quarantaine d'années. Elle occupe la région temporale droite, entre

l'angle externe de l'œil en avant, l'oreille en arrière sans que celui-ci ni celle-là soient cependant intéressés. Là encore il s'agit d'une forme végétante. La tumeur présente toute une série de bourgeons en pleine activité séparés par des sillons plus ou moins marqués. La forme générale est elliptique ; les dimensions sont approximativement de 10 centimètres sur 6 centimètres.

Observation XXIX. — (Dûe à l'obligeance de M. le Professeur Poujol.) — Epithélioma superficiel de la peau de la face.

Une femme indigène, âgée, en séjour à l'hôpital de Mustapha, salle Lisfranc, au mois de Novembre 1918, présente une tumeur exulcérée de la face siégeant à gauche dans l'angle naso-génien et au-dessous de l'angle interne de l'œil. Le développement de cette lésion a été très lent. La patiente en fait remonter le début à une douzaine d'années. La tumeur se présente comme une formation exubérante insérée sur une base arrondie d'environ 3 cm. 5 de diamètre, et faisant une saillie d'environ 1 centimètre. La masse néoplasique est molle, de couleur rouge sombre ; sa surface un peu sèche, fissurée, crevassée, saigne au moindre contact. Vers le haut la peau limitant le tissu néoformé se délimite de lui par un sillon. La masse exubérante se laisse mobiliser avec la peau sans adhérer au plan profond. Il n'y pas d'adénopathie.

La tumeur, détachée par section de sa base, est envoyée au laboratoire. Elle est formée d'une réunion de parties peu cohérentes entre elles, ce qui ne permet pas d'en obtenir des sections étendues ; les tranches qu'on en détache se dissocient en parcelles irrégulières de faible volume. On a fait de ces parcelles pour l'examen histologique des coupes normales à la surface libre.

Le tissu néoplasique est formé d'amas épithéliaux séparés par du tissu fibreux. Les amas épithéliaux sont de forme généralement massive, avec des contours très irréguliers qui délimitent des prolongements de formes les plus variées : digitations, massues, bourgeons. Les cellules constituantes de ces amas sont petites ; leur noyau, de forme ovale plus ou moins allongée, est assez fortement coloré, avec un fin piqueté de corps chromatiques ; la plupart des cellules sont fusiformes avec un protoplasma peu développé, ce qui fait que les noyaux sont très voisins les uns des autres. On apprécie la forme des cellules surtout d'après celle des noyaux, car leurs limites respectives sont très indistinctes, du fait sans doute d'un état muqueux de leur protoplasma ; il en est ainsi même dans des coupes obtenues par congélation où la conservation générale des structures est très bonne. On voit souvent les cellules s'ordonner en faisceaux enchevêtrés. Par places l'infiltration muqueuse s'accentue et rend plus manifeste la séparation de ces faisceaux cellulaires. Le plus souvent la rangée des cellules limitant l'amas épithélial s'ordonne en palissade régulière et s'implante perpendiculairement sur le tissu fibreux qui circonscrit l'amas ; toutefois ceci n'est pas constant et on voit aussi des faisceaux de cellules fusiformes venir jusqu'au contact des parties conjonctives. Il en résulte que les limites des amas épithéliaux ne

sont pas toujours nettes, d'autant moins qu'en quelques points et notamment vers la surface, ces amas abandonnent la forme massive pour se résoudre en un système de travées anastomosées qui se terminent en s'effilant dans le tissu de charpente. L'évolution cornée est totalement absente, comme le caractère malpighien. Mais en outre de l'infiltration muqueuse diffuse, les masses épithéliales un peu volumineuses sont effondrées vers leurs parties centrales par une nécrose massive qui y crée des pertes de substance étendues. C'est cette circonstance qui fait que le tissu se dissocie en parcelles quand on y pratique des tranches.

Le tissu de charpente est relativement peu abondant, les amas épithéliaux formant la plus grande partie de la masse. C'est un tissu fibreux dense, avec de nombreux vaisseaux, souvent dilatés au point de former de véritables lacs sanguins, ou rompus. Vers la surface, il présente un caractère violemment inflammatoire et se transforme en un tissu de granulation totalement infiltré de polynucléaires et de cellules plasmatiques.

La surface est seulement exulcérée en ce sens que l'épiderme qui est assez bien conservé et seulement aminci aux limites de la lésion, continue à recouvrir la plus grande partie du tissu néoplasique, en s'amincissant graduellement jusqu'à se réduire à deux ou trois strates de squames à noyau atrophié ; il existe néanmoins des points où ce vestige d'épiderme disparaît ; il est alors remplacé par un faible enduit nécrotique sans qu'il y ait de perte de substance profonde.

En aucun point on n'observe de transition entre l'épiderme et les masses épithéliales néoplasiques. Celles-ci donnent bien l'impression de s'être développées dans le derme d'une façon tout à fait indépendante de l'épiderme qui les recouvre sans avoir de rapports avec elles.

Une telle tumeur est à bien des points de vue très différente du cancroïde banal, c'est-à-dire de l'Epithélioma pavimenteux lobulé kératinisant. Au point de vue de la marche, il faut souligner l'extrême lenteur de l'évolution et le caractère superficiel de la lésion qui, après douze ans, n'a pas dépassé les limites profonde du derme. Mais la différence la plus frappante réside dans les caractères des cellules épithéliales qui ne ressemblent en rien aux éléments du stratum malpighien et se montrent incapables d'évolution cornée. C'est pourquoi on a supposé que les tumeurs de ce type avaient une origine particulière qu'on a cherché soit dans les glandes sudoripares et notamment dans leur conduit excréteur, soit dans des ébauches inutilisées de glandes ou de follicules pileux ; on a même pensé qu'il ne s'agissait pas d'Epithéliomes mais d'Endothéliomes. Cette question de l'origine ne paraît pas encore tranchée, et c'est pourquoi aucune dénomination n'est encore unanimement adoptée ; il s'agit, en effet, de ce qu'on trouve décrit tantôt sous le nom d'Epithélioma tubulé, qui n'est guère expressif, tantôt et plus récemment sous celui de cancer à cellules basales, qui a le tort d'impliquer une notion très contestable, à savoir l'identité morphologique des éléments de la présente néo-

plasie avec ceux de la couche génératrice de l'épiderme. Enfin de telles tumeurs se rencontrent souvent dans ce qui a été dénommé ulcus rodens ou encore Epithéliome plat cicatrisant, mais il s'agit ici de caractères cliniques qui ne sont pas nécessairement liés à un type histologique déterminé.

Sous-Groupe B. — Sarcomes

Observation XXX. — X... A... ben Mohamed. — Sarcome du talon gauche.

L'observation suivante n'est pas entièrement inédite. Elle constitue le développement d'une observation publiée, mais de façon très succincte, par M. le Docteur Montpellier dans le *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* en date du 9 Avril 1919.

Il s'agit d'un Indigène kabyle, de 35 ans, qui entre à l'hôpital civil d'Alger, service de la clinique dermatologique, pour une lésion siégeant sur le talon gauche et dont le début remonterait à 15 mois.

Les antécédents personnels sont négatifs aux dires du malade.

L'histoire de la maladie est la suivante. Il y a 15 mois A... ressentit dans le talon gauche une douleur peu vive, mais continue, et qui de ce fait le gênait passablement dans son travail. Au bout de quelques semaines, croyant à la formation d'un abcès, il ponctionna avec son couteau le point douloureux, mais il ne s'écoula qu'un peu de sang.

Quelques jours après apparut au point où avait été faite l'incision une petite ulcération ronde, d'aspect noirâtre, très peu profonde, atteignant à peine la dimension d'une pièce de 50 centimes. A ce moment les phénomènes douloureux s'étant très atténués le sujet peut continuer à marcher et à travailler sans aucune gêne.

Petit à petit, très lentement, la lésion s'aggrave cependant, devient très légèrement saillante et atteint vers le huitième mois la dimension d'une pièce de 2 francs.

A cette époque le malade a l'occasion de voir un médecin qui prescrit des attouchements à la teinture d'iode. La médication restant sans effet, et d'autre part les phénomènes douloureux étant très minimes, le sujet cesse tout traitement et continue ses occupations.

Depuis cette époque la lésion a continué à s'accroître en largeur et en saillie jusqu'à atteindre les dimensions qu'elle présente à l'arrivée de A... à l'hôpital.

A cette date (Février 1915), sur la face plantaire du talon gauche, et occupant cette région presque entièrement, siège une lésion parfaitement cyclique de 5 à 6 centimètres de diamètre. La lésion très notablement surélevée, en forme de champignon, dépasse de un centimètre environ les plans voisins. La surface est légèrement tomenteuse ou mieux framboesoïde ; les vallonnements, parfois fissurés, sont en partie recouverts de croûtes jaunes brunâtres peu adhérentes, entourant des sortes de bourgeons aplatis d'un rouge chair cruanté saignant au moindre contact. Le bord de la lésion, taillé en pente douce, s'enchâsse dans un bourrelet formé par les

tissus du voisinage. Le pied est en somme entouré d'une collerette épidermique débordant un sillon assez profond : c'est, très exagérée, la disposition que l'on trouve fréquemment à la base des productions dites botryomycosiques. On a l'impression que la tumeur proliférant vers l'extérieur a fait éclater la peau.

A la palpation : peu ou pas de douleur, pas la moindre trace d'inflammation de voisinage.

On trouve dans la région crurale correspondante, un ganglion de la grosseur d'une belle noix et indolore. Pas de traces de généralisation à la peau.

Un examen anatomo-pathologique de la tumeur a été pratiqué. La biopsie a été faite en bordure de la lésion, à cheval sur les tissus malades et la collerette dermo-épidermique.

A un petit grossissement la tumeur apparaît comme constituée par un amas de cellules fortement colorables portées sur une charpente très fine de tissu conjonctif. Elle présente de nombreuses cavités vasculaires et, en bordure de la tumeur, quelques tubes glandulaires sudoripares.

A un fort grossissement, les cellules néoplasiques sont grosses, irrégulières, franchement polymorphes même : les unes fusiformes, les autres polyédriques, d'autres à peu près rondes. Elles ont un noyau volumineux, fortement colorable, contenant un ou plusieurs nucléoles. Elles sont généralement tassées et, par endroits, séparées par une charpente de tissu conjonctif ou par des cavités sanguines. Il n'y a pas de traces de pigment mélanique. Les cavités sanguines sont les unes (de beaucoup les moins nombreuses) délimitées par une paroi très nette plus ou moins complète, les autres (et c'est la grande majorité) sont petites, étroites, mais néanmoins bien constituées, encore bourrées de globules rouges, et sans paroi propre.

La charpente conjonctive se précise en certains points sous forme de traînées fibreuses assez épaisses. A mesure que l'on se rapproche de la surface ces traînées sont de plus en plus fines ; elles finissent par se résorber en très fins chevelus.

La surface de la lésion est dépourvue de toute formation épidermique. L'épiderme est remplacé par une sorte de zone fibrineuse bourrée de très nombreux globules rouges et de leucocytes.

A la périphérie de la tumeur le passage entre la production sarcomateuse et les tissus normaux se fait brusquement. On observe dans cette région une prolifération excessive de l'épiderme qui a poussé des tractus épithéliaux assez profondément et irrégulièrement. Néanmoins il n'y a pas de production cornée ni de rupture de la membrane basale.

En somme il s'agit d'un néoplasme correspondant exactement à ce que l'on décrit sous le nom de Sarcome à cellules irrégulières, polymorphes, avec substratum fibro-conjonctif minime.

*
* *

Avant de quitter ce qui a trait au Sarcome, signalons encore que

M. le Professeur Cange se réserve de publier sous peu, en collaboration avec le Docteur Montpellier, un cas fort intéressant de Sarcome observé chez un malade indigène de son service. Il s'agit d'un Sarcome du dos et de l'aile du nez, et de la paupière inférieure gauche, avec description histologique confirmative.

*
* *

Nous voici arrivé au terme de ce long exposé de 30 observations. Nous nous rendons compte que les 15 premières, celles du groupe I qui ne comprennent que des Epithéliomes, auraient beaucoup gagné à être précisées par une description histologique. Nous savons, somme toute, quoique les diagnostics cliniques aient été posés par des médecins non dépourvus d'autorité, que l'on pourra toujours discuter, alléguer que nous avons pu classer parmi les Epithéliomes des tumeurs qui ne rentrent pas dans ce groupe malgré toutes les apparences macroscopiques. Peut-être nous dira-t-on même que notre travail aurait gagné à ne tenir compte que des tumeurs dont la variété aurait été histologiquement diagnostiquée. Cet avis n'est pas le nôtre. La longueur de l'évolution de l'Epithélioma, son aspect extérieur si typique, si facilement reconnaissable pour quiconque a eu l'occasion d'en observer attentivement quelques-uns, nous ont paru une garantie suffisante. On pourra toujours, d'ailleurs, si l'on veut, éliminer par la pensée nos observations I à XV, d'autant que dans nos conclusions nous avons fait la part de ce qui revenait aux 2 catégories d'observations publiées : observations avec confirmation histologique et sans confirmation histologique.

Ceci dit, une conclusion s'impose immédiatement à la fin de ce chapitre. Nous avons pu recueillir, en effet, en quelques mois de travail, 30 observations nouvelles de tumeurs malignes cutanées : 11 à l'hopital civil d'Alger, 19 au dehors. C'est dire en somme qu'il nous a suffi de regarder et d'interroger autour de nous pour découvrir en grand nombre ces tumeurs considérées il y a peu d'années encore comme très rares, puis comme peu fréquentes ou « assez » fréquentes, mais dont aucun traité classique de pathologie exotique ne fait cependant encore mention. Venant après les travaux de Brault et du Docteur Montpellier en Algérie, après les travaux de Broc en Tunisie, après l'enquête que nous avons poursuivie dans les milieux médicaux de toute l'Afrique du Nord, cette constatation nous paraît avoir la valeur d'une démonstration et notre conviction personnelle (que nous espérons faire partager)

est faite. Les tumeurs malignes cutanées sont « *très fréquentes* » chez les Indigènes de l'Afrique du Nord. Il importe, comme nous le disions en exposant les buts de notre travail, de les rechercher, de les diagnostiquer pour pouvoir les opérer à temps. On en trouvera partout où l'on se donnera la peine d'en chercher, mais, comme nous l'ont écrit plusieurs médecins, il faut avoir la possibilité de pénétrer le milieu indigène. Certainement on en a peu observé au début de la conquête parce que l'Arabe méfiant et hostile consultait peu le praticien français, parce que les examens étaient rares et rapides. Tout cela est maintenant changé et l'on ne doit plus les ignorer.

Au surplus, nous réunissons dans le tableau ci-joint tous les cas non douteux de tumeurs malignes cutanées des Arabes étiquetées comme telles par les auteurs et publiées jusqu'à ce jour. Il suffit d'une simple lecture pour s'apercevoir qu'elles atteignent le nombre fort respectable de 147. Que dire d'une affection rare dont on a pu déjà réunir 147 exemples, sans compter les nombreux cas qui nous ont été simplement signalés sans donner lieu à observation (chapitre II). 87 de ces tumeurs ont été d'ailleurs examinées histologiquement, c'est-à-dire qu'en plus du diagnostic clinique, une démonstration histologique rigoureuse a été apportée. Quelles que soient les discussions dans lesquelles on veuille entrer, il est matériellement impossible de nier ces 87 cas.

Un deuxième fait saute également aux yeux, peut-on dire. C'est la très grande prédominance des observations d'Epithéliomas cutanés que nous avons pu réunir, par rapport aux observations de Sarcome. Sur 31 tumeurs (en y comprenant le cas de Sarcome du nez non publié encore par MM. Cange et Montpellier), 29 sont des Epithélomas, 2 seulement des tumeurs sarcomateuses, ce qui ferait pour l'Epithéliome une proportion de 93,3 %.

Sur nos seuls chiffres, nous nous garderions de conclure. Mais ici encore l'avis presque unanime des médecins ayant répondu à notre enquête, d'autre part la comparaison de nos résultats avec ceux obtenus par nos prédécesseurs nous permet d'apporter une conclusion très ferme. La littérature médicale africaine ne renferme en effet, en tout et pour tout, comme il est indiqué du reste dans notre tableau, que 10 observations de Sarcome cutané chez les Arabes. Les deux premières remontent à Legrain. Ce sont : un Sarcome globo-cellulaire de la paupière chez un Saharien et un Sarcome fuso-cellulaire du cuir chevelu chez un instituteur indigène. Encore l'identification de ces deux tumeurs n'est-elle pas à

Tableau général des cas de tumeurs malignes cutanées publiés dans l'Afrique du Nord.

EPITHÉLIOMAS :

avec diagnostic histologique

	FACE	MEMBRES	MAINS	TRONC	Organes génitaux	Régions indétermin. ou autres	TOTAUX
J. Brault..... 1898-1913	41		1		4		46
J. Montpellier... 1915-1917	13	3	1	1			18
H. Marchand 1918-1919	5	4					9
Pr. Poujol.....	1						1
Dr. Lacapère....	2					1	3
Dr. Phéline				1			1
TOTAUX....	62	7	2	2	4	1	78

sans diagnostic histologique

	FACE	MEMBRES	MAINS	TRONC	Organes génitaux	Régions indétermin. ou autres	TOTAUX
Dr. Broc.....						30	30
Pr. Gémy.....						10	10
Dr. Alquier.....	4			1			5
Dr. Aboulker....	3						3
Dr. Cambillet...	3						3
Pr. Vincent.....	2						2
Dr. Nicolle.....	1						1
Dr. Guigon.....	1						1
Dr. Gallet.....	1						1
Dr. Cros.....	1						1
Dr. Brunswic....	1						1
Dr. Duboucher..	1						1
TOTAUX....	18	0	0	1	0	40	59

SARCOMES :

E. Legrain. — 2 cas (paupières, cuir chevelu).

Pr. Brault. — 1 cas (pied).

Pr. Vincent. — 2 cas (région deltoïdienne, paroi abdominale).

Dr. Gros. — 3 cas (pied, dos de la main, avant bras).

Dr. Cambillet. — 1 cas (région indéterminée).

Dr. Montpellier. — 1 cas (talon).

l'abri de tout soupçon. La troisième, observée par Brault, est un Sarcome fuso-cellulaire de la face plantaire du pied. Vincent, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté d'Alger, a publié deux cas : 1 Sarcome de la région deltoïdienne, 1 de la paroi abdominale. Gros en rapporte trois : 1 Sarcome mélanique du pied et 2 Sarcomes simples à cellules fusiformes (dos de la main, avant-bras). Cambillet en publie un cas (région indéterminée) chez un enfant de treize ans ; enfin le Docteur Montpellier un cas également. Dix Sarcomes pour 147 cas de tumeurs malignes publiées ; ceci représente 7 % de Sarcomes pour 93 % d'Epithéliomes.

Brault, avons-nous dit dans notre chapitre d'historique, ne s'était pas inquiété de rechercher quelle part revenait à l'Epithéliome, quelle part au Sarcome. Le premier le Docteur Montpellier mit en relief cette intéressante question, et conclut contre l'opinion de E. Legrain et contre l'opinion officielle courante que « la sarcomatose reste une affection beaucoup plus rare que la néoplasie épithéliale maligne ». (1)

Les chiffres que nous apportons sont une éclatante confirmation de cette manière de voir, et là encore nous croyons la question définitivement jugée, sans appel. L'Epithélioma cutané se présente dans la proportion de 90 à 95 % environ ; le Sarcome dans la proportion de 7 environ. A moins de nier la signification des chiffres, la discussion doit être close.

Une question fort intéressante également est celle du siège de ces tumeurs. Brault concluait que « les Epithéliomas de la face sont tout à fait prédominants ». Le Docteur Montpellier apporte par la suite plus de précision : « 73 % des tumeurs malignes cutanées », dit-il, « se rencontrent à la face ; on voit, en outre, que c'est le milieu de la face (nez, angle interne de l'œil, lèvres) qui leur donne surtout asile ». Notre étude d'ensemble, aussi bien que les observations nouvelles que nous apportons ne font que confirmer cette manière de voir. De nos 30 observations, 23 se rapportent à la face. Notre tableau général montre en outre 80 tumeurs de la face pour un total de 107 dont le siège est indiqué, soit une proportion de 74,5 %. Notre chiffre est donc très légèrement supérieur à celui du Docteur Montpellier. Comme lui nous constatons aussi que le pourtour des orifices naturels, lèvres, nez, paupières, est le plus souvent intéressé. Disons que la même constatation a été faite déjà pour le cancer de l'Européen.

(1) Bulletin de la Société de Pathologie Exotique, 9 avril 1919.

Nos observations personnelles, ainsi que notre enquête, montrent encore que les tumeurs cutanées frappent les Kabyles et les Arabes proprement dits, les Algériens, les Tunisiens, les Marocains de façon indifférente. Y a-t-il, dans l'Afrique du Nord, des régions à cancers? Certes la question vaudrait la peine d'être étudiée de très près, mais il faudrait pour la résoudre de très nombreuses observations et des observations réparties sur un nombre d'années considérable. C'est une œuvre de longue haleine qu'il ne nous a pas été donné de pouvoir entreprendre.

Remarquons encore que les observations de tumeurs cutanées publiées chez des mauresques sont en nombre tout à fait restreint. Brault en donne 4, le Docteur Montpellier 5, M. le Professeur Poujol 1, le Docteur Cambillet 1, nous-même une seule également (due au Docteur Alquier). Soit au total 12, et une proportion générale de 12 %. La femme arabe est-elle donc moins réceptive? Nous ne le croyons pas. Elle répugne seulement davantage à venir à l'hôpital et à se montrer aux médecins français; quiconque est au courant de la sévérité des mœurs arabes le comprendra facilement.

Disons enfin que toutes les observations qu'il nous a été donné de recueillir rentrent dans les Epithéliomas à caractères malpighiens et tendance kératinisante le plus souvent bien marquée; les formes cliniques correspondantes étaient soit la forme térébrante, soit l'ulcéro-végétante. Une seule (observation XXIX) rentre dans ce groupe d'Epithéliomas cutanés auxquels il conviendrait peut-être de réserver particulièrement la dénomination de cancer à cellules basales, proposée par Krompecher, et qui correspond habituellement au type clinique d'ulcus rodens (Epithélioma plat cicatrisant).

En résumé, les conclusions que nous pouvons apporter à la fin de ce chapitre et que nous croyons hors de toute discussion sont au nombre de trois :

1° *Contrairement à l'opinion autrefois soutenue, les tumeurs malignes cutanées sont très fréquentes chez les Indigènes de l'Afrique du Nord. Elles frappent indifféremment les différentes races qui l'habitent ;*

2° *L'Epithélioma est de beaucoup la tumeur la plus répandue. Le Sarcome est beaucoup plus rare et se présente, par rapport à l'Epithéliome, dans la proportion de 5 à 10 %. Les autres tumeurs malignes cutanées sont exceptionnelles ;*

3° *Les tumeurs de la face sont de beaucoup prédominantes (75 %*

environ). Elles intéressent plus particulièrement, comme chez l'Européen, le pourtour des orifices naturels : nez, lèvres, paupières.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES

Nous nous proposons de montrer que les facteurs le plus communément invoqués dans l'étiologie du cancer se retrouvent dans l'Afrique du Nord, et que les Indigènes de ce pays ont à les subir comme les Européens. Nous verrons quelle conclusion peut en être tirée.

La question de l'âge ne nous arrêtera qu'un instant. Il est admis par l'unanimité des auteurs que le cancer est surtout fréquent dans la seconde moitié de la vie. Pour la peau en particulier et pour les néoplasies épithéliales malignes, la fréquence ne cesse de croître avec l'âge jusqu'aux limites de la vie. Or, le nombre des Indigènes africains atteignant un âge avancé ne nous semble pas inférieur à celui des Européens. Il a été remarqué d'ailleurs que la peau des Arabes se sénilisait plus vite que celle de l'Européen, ce qui constitue évidemment pour lui une raison de faire du cancer cutané à un âge moins avancé.

La question du sexe ne peut évidemment pas entrer en ligne de compte. Du reste, si certains auteurs admettent que la femme est plus réceptive au cancer que l'homme, une démonstration rigoureuse n'a pas été apportée et le fait reste discutable.

Un autre facteur indiqué, quoique moins communément, est la condition sociale. Mais alors que d'Espine, par exemple, conclut à la plus grande fréquence du cancer chez les riches, Hofmeyer apporte par contre une conclusion diamétralement opposée : fréquence plus grande chez les pauvres et les miséreux. C'est dire que l'accord est loin d'être fait. Au surplus, les deux classes existent chez les Indigènes africains comme ailleurs : favorisés et défavorisés de la fortune.

On a invoqué encore les influences capables de déprimer le système nerveux, telles que les émotions, les chagrins, lesquels n'agiraient d'ailleurs vraisemblablement que par les troubles consécutifs de la nutrition. Mais l'Indigène africain, malgré son fatalisme si vanté, est-il exempt d'émotions et de chagrins ? Nous ne le croyons certes pas.

La contagion du cancer est une des questions qui ont fait couler le plus d'encre et qui demeurent des plus discutées. Certains auteurs admettent des foyers endémiques, des maisons à cancers,

des villages à cancers, et pour ne parler que des travaux récents, S. Washburne signalait dans le domaine expérimental que sur douze chiennes accouplées avec un chien atteint d'Epithélioma de la verge, onze furent atteintes de tumeurs malignes. D'autre part, s'il est exact qu'on a pu obtenir des *greffes* de tumeurs cancéreuses, on n'a jamais pu jusqu'ici *inoculer* le cancer. Quoi qu'il en soit, s'il est un pays où la contagion de toute maladie semble facile, c'est bien l'Afrique du Nord. Il est presque inutile d'insister sur les conditions hygiéniques lamentables dans lesquelles vivent les Indigènes des douars, et même souvent ceux des villes : encombrement, promiscuités de toutes sortes, propreté des plus relatives, usage commun du linge, de la vaisselle, des ustensiles de cuisine, etc., etc. Dans un autre ordre d'idées, Moreau ayant vu des souris devenir carcinomateuses en quelques mois lorsqu'il transportait sur elles des punaises ayant été en contact avec d'autres souris carcinomateuses, tend à faire jouer à ces parasites un rôle important dans la transmission des néoplasies. Or, la réputation de l'Arabe n'est malheureusement plus à faire comme porteur de parasites !

Avec l'*irritation*, nous arrivons au facteur étiologique dont l'influence semble la moins contestable. Tous les auteurs qui se sont occupés du cancer y ont longuement insisté, et Duplay et Jourdan, dans leur Traité de Chirurgie Générale, résument dans les deux propositions suivantes les conclusions généralement admises à ce sujet : 1° Tout changement apporté soit à la situation, soit à la structure normale d'un organe, y crée une disposition au néoplasme ; 2° Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un Epithéliome.

Les exemples d'irritation chronique invoqués sont en nombre considérable ; tous certainement d'ailleurs n'ont pas été passés en revue, et l'on en peut imaginer beaucoup d'autres. Nous citerons les principaux.

Tout d'abord les traumatismes. On sait qu'il n'est pas rare de voir se développer par exemple un ostéosarcome au niveau d'une fracture ancienne, et certes l'Indigène musulman, surtout l'Indigène du bled, passionné d'équitation et grand batailleur, n'est pas à l'abri des chutes ni des coups. Mais ceci ne se rattache qu'indirectement au cancer cutané.

Les cicatrices, causes d'irritation chronique, succédant aux plaies contuses, aux plaies par arme blanche ou arme à feu, aux brûlures, sont pour nous d'un plus grand intérêt. Maintes fois on

a vu des Epithéliomas en partir (Duplay et Reclus, Bouchard, etc.). Or, il est presque superflu de faire remarquer que l'Indigène n'en est pas exempt.

Les ulcérations chroniques, telles que les ulcérations syphilitiques, tuberculeuses, variqueuses, les vieux trajets fistuleux, se comportent de la même façon. Or, les diathèses syphilitiques et tuberculeuses constituent (tous les médecins le savent) la base de la pathologie africaine. Rappelons d'ailleurs que nous rapportons dans les chapitres précédents plusieurs cas d'Epithéliomas ayant pris naissance sur d'anciennes lésions syphilitiques, d'autres au niveau d'anciens ulcères coloniaux de nature indéterminée.

Toutes les dermatoses de longue durée : gale, acné, psoriasis, eczéma, etc., etc., sont encore des causes d'irritation chronique de la peau et constituent une prédisposition aux néoplasies cutanées. Mais ne sait-on pas à quel point les dermatoses elles aussi (notamment la gale) sont répandues parmi les Indigènes ? Il y a des familles entières, des maisons indigènes, des douars entiers où l'acare ne laisse pas échapper une victime, des peaux d'Indigènes sur lesquelles la gale s'éternise, créant des gales infectées, généralisées et chroniques dont on n'a en France aucune idée.

Les irritations professionnelles de la peau constitueraient également des prédispositions au cancer. On donne en exemple l'irritation par la suie (ramoneurs), par la paraffine, le goudron, le coaltar, l'aniline, etc., etc. Mais efficace également doit être, à notre avis, l'irritation chronique produite par les agents atmosphériques. Unna a signalé la fréquence de l'ulcus rodens de la face chez les gens de mer soumis aux vents, aux embruns salés, aux intempéries de toutes sortes. On trouve, d'autre part, rapporté dans tous les classiques, le fait que les habitants du Cachemire (Himalaya), ayant l'habitude de porter sous leurs vêtements, pour se protéger du froid, de petits réchauds à charbon, arrivent à déterminer à la longue l'apparition de plaques de dermatose chronique sur la peau du ventre et des cuisses, dermatose aux dépens de laquelle on verrait souvent se développer un « Epithélioma squameux ». Il nous semble assez logique d'admettre, dans ces conditions, que la peau de l'Arabe, incessamment exposée à la chaleur, aux vents, à la poussière, quelquefois à des vents brûlants et poussiéreux tout à la fois comme le siroco, doit être prédisposée plus que toute autre, surtout dans les régions du Sud, à faire de la dermatose d'abord, du cancer ensuite. Ne se peut-il pas également que les radiations lumineuses, sans parler des radiations caloriques, aient, elles aussi, une influence fâcheuse ?

Nous avons toujours interrogé les malades dont nous avons pu recueillir personnellement les observations sur leurs séjours dans les régions juxta-sahariennes, leur exposition possible à la poussière, au vent, à la chaleur. Nombre des porteurs d'Epithéliomas de la face étaient des journaliers, des cultivateurs, des soldats exposés, de par leur profession même, à toutes les intempéries.

Autre cause d'irritation chronique encore : la malpropreté des téguments sous toutes ses formes. Cette malpropreté n'est pas l'apanage de l'Arabe, mais il faut bien dire qu'on la rencontre chez lui très fréquemment. Or Stœber et Wacker n'ont-ils pas montré que par des injections hypodermiques de produits de putréfaction des albuminoïdes (indol, scatol notamment) on pouvait obtenir la production de tumeurs « remarquables », disent-ils, « par des figures tout à fait analogues à celles des Epithéliomas pavimenteux ordinaires » ?

On a voulu faire jouer (Borrel entre autres) au *Demodex folliculorum* un rôle assez précis dans la genèse du cancer cutané. Disons là encore que l'Arabe n'est pas exempt de *Demodex*.

De même pour la dégénérescence maligne des tumeurs bénignes (loupes, kystes sébacés). Ces tumeurs sont au moins aussi fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen et nous en avons personnellement observé de nombreuses.

Pour les cancers épithéliaux enfin à point de départ muqueux, tels que les Epithéliomas des lèvres, de la langue, l'irritation locale et prolongée par la fumée du tabac, par l'alcool, par des dents cariées, les mets épicés, a été invoquée par des auteurs sérieux. Or, l'Indigène musulman fume en général énormément ; il n'observe plus toujours les prescriptions du Coran relatives à l'alcool (et certaines de nos observations personnelles sont à cet égard tout à fait significatives) ; il abuse souvent des mets épicés tels que piments, poivre, etc. ; enfin sa dentition, malgré la légende courante en France de l'Arabe aux dents éclatantes de blancheur, est souvent bien loin d'être parfaite, d'autant qu'il néglige assez volontiers les soins hygiéniques de la bouche, même les plus élémentaires.

Il nous reste à parler des facteurs étiologiques *climat* et *alimentation*. De Bovis et Bertillon avaient formulé cette loi que le cancer diminue de fréquence à mesure que l'on s'éloigne des pays froids pour se rapprocher de l'Equateur. Les traités classiques insistent également sur ce fait rapporté par Jourdanet : savoir que dans les régions chaudes du Mexique le cancer serait exceptionnel, tandis qu'on l'observerait avec fréquence sur les hauts pla-

teaux du même pays. C'est de cette base que l'on semble être parti pour affirmer à priori la rareté du cancer dans nos possessions de l'Afrique du Nord, en tout cas sa fréquence moindre qu'en Europe. Mais l'opinion de de Bovis, de Bertillon et de Jourdanet est singulièrement contrebalancée, pour né pas dire plus, par les observations d'autres auteurs. On trouve partout citée, écrit Bouchard dans son Traité de Pathologie Générale, l'immunité aux tumeurs malignes des habitants de l'Islande et des îles Feroë. Or, le climat de ces régions est assez éloigné du climat tropical. Le cancer a été signalé, par contre, comme assez fréquent aux Indes et au Brésil (Marchoux), à la Nouvelle-Guinée (Seligmann). On en a observé au Sénégal et au Congo Français. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions et ce que pensent les classiques de l'influence irritative de la chaleur, des vents chauds et poussiéreux, de la lumière trop vive. La différence de climat entre l'Europe et l'Afrique du Nord est exclusivement faite par ces facteurs. Or, tous concourent à créer des irritations chroniques de la peau, à entraîner sa sénilité précoce. Loin d'être défavorables à l'éclosion du cancer, ils semblent bien au contraire devoir préparer, faciliter sa venue, et il n'est pas superflu de rappeler à cette occasion que les cancers de la peau les plus répandus chez l'Indigène sont précisément les cancers de la face, partie découverte, exposée à toutes les intempéries, au moins chez l'homme. Il ne peut s'agir, à notre avis, d'une simple coïncidence.

Pour le facteur *alimentation* l'accord est également bien loin d'être fait et la discussion peut être engagée. D'après Leblanc (1854) et Trasbot, les néoplasmes seraient plus fréquents chez les carnivores que chez les herbivores. En 1881, Beneke attribuait, d'autre part, le développement du cancer à une dyscrasie, créée, disait-il, par l'abus d'une nourriture trop riche en azote et en acide phosphorique. Mais Seligmann a depuis observé que les néoplasmes sont communs chez les Papous. Or, les Papous sont exclusivement végétariens. Par contre, certaines peuplades parentes de l'Australie, dit le même auteur, et qui sont celles-là surtout carnivores, présentent des cancers dans la même proportion. En ce qui concerne plus particulièrement l'Indigène musulman, on a voulu faire intervenir à la fois le régime plutôt végétarien et l'exclusion absolue de la viande de porc de son alimentation (Verneuil, E. Conseil, etc.). Or, nos cancéreux indigènes ont été interrogés avec soin sur ce point précis, et l'on pourra constater, en relisant nos observations personnelles, que bons Musulmans ou non, ayant toujours vécu à des tables arabes d'où le porc est banni

ou presque toujours à des tables européennes, ayant fait des excès alcooliques ou bu de l'eau toute leur vie, ils ont été frappés sans distinction par le cancer. Le moins que l'on puisse dire est donc que tout ceci n'est pas au point et que ce n'est pas dans tel ou tel régime alimentaire qu'il faut espérer trouver le secret de l'étiologie du cancer.

Serait-ce enfin dans une influence de la *civilisation* comme le voudraient certains auteurs ? Seligmann, en particulier, rapporte que chez les Mélanésiens les rares cancers observés paraissent tenir « on ne sait trop comment » à l'adoption des mœurs européennes. Mais tout cela reste dans le vague. Quelles sont les habitudes européennes incriminables ? On ne le dit pas. Un fait reste, au surplus, indéniable dans l'Afrique du Nord, savoir l'existence d'un cancer indigène au moment de la conquête française. Comme nous l'avons dit au début de ce travail, tous les médecins militaires de l'époque ont été unanimes à le signaler. Sur un grand nombre d'Indigènes, enfin, la civilisation n'a eu aucune prise, leurs habitudes sont restées exactement celles d'autrefois ; on les voit cependant venir consulter dans les infirmeries françaises pour des cancers authentiques.

En résumé, de tous les facteurs étiologiques invoqués (âge, sexe, condition sociale, influences déprimantes du système nerveux, contagion, irritation chronique des tissus sous toutes ses formes, climat froid ou tempéré, alimentation carnivore, civilisation), seuls les trois derniers seraient, dans une certaine mesure, susceptibles de ne pas frapper l'Indigène musulman. Mais le climat chaud, plus que le climat froid ou tempéré, nous paraît, avons-nous dit, pouvoir constituer une cause de prédisposition au cancer, au cancer cutané surtout. L'influence de l'alimentation carnivore et de la civilisation sont, d'autre part, des plus douteuses. Bref, l'Indigène musulman n'échappe à aucun facteur important ; et c'est dire, en somme, que placé dans les mêmes conditions, placé vis-à-vis notamment des irritations chroniques qui semblent constituer, dans un nombre important de cas, une condition favorisante, il réagit de la même façon qu'un Français ou qu'un Européen, c'est-à-dire fait du cancer. Il réagit d'autant mieux, pourrait-on même dire, que les causes d'irritation sont plus nombreuses chez lui que chez l'Européen.

Que devient, dans ces conditions, la prétendue immunité de race ? On a parlé d'immunité de la race indigène musulmane pour la fièvre typhoïde. Or, placé au contact du bacille d'Eberth, l'Indi-

gène contracte la typhoïde. On a parlé d'immunité pour la tuberculose. Or, l'Indigène réagit au bacille de Koch, se contamine, devient tuberculeux. On a parlé d'immunité pour la dysenterie. Or, le bacille dysentérique et l'amibe ne respectent pas davantage l'intestin indigène que celui des Européens. Pour le cancer, il en est exactement de même et si l'irritation chronique des téguments n'entraîne pas fatalement chez l'Indigène, tout comme chez l'Européen, l'apparition d'une tumeur maligne cutanée, on retrouve néanmoins souvent, dans les observations fouillées, une cause d'irritation plus ou moins prolongée et plus ou moins intense. Bref, aux mêmes causes mêmes effets, même façon de réagir chez l'Européen et chez l'Indigène. Nous ne prétendons pas dire que l'immunité de race ne puisse exister. Elle intervient, de façon très nette au contraire, pour certaines maladies, dans certains cas. Chacun sait qu'il existe même un cœfficient personnel. X..., placé dans les mêmes conditions que Y..., contractera, par exemple, une tuberculose à évolution rapide ; ce dernier restera indemne ou fera une forme fibreuse à évolution très lente. Ce que nous voulons dire, c'est que l'immunité de race, immunité qui, dans certains cas, est incontestable, n'intervient pas chez l'Indigène musulman dans le cas particulier qui nous occupe. Appliquée au cancer et à l'Indigène musulman, cette expression est une expression malheureuse, une expression inexacte.

Elle doit définitivement disparaître à notre avis.

CHAPITRE V

CONCLUSIONS GENÉRALES

I. — Les tumeurs malignes cutanées des Indigènes musulmans de l'Afrique du Nord (Epithéliomes et Sarcomes) ont été longtemps confondues avec les manifestations tertiaires de la syphilis, à tel point que l'opinion courante les considérait, il y a quelques années, comme très rares, pour ne pas dire inexistantes.

II. — Il a fallu, pour attirer l'attention sur elles, les travaux de J. Brault et de J. Montpellier en Algérie, de R. Broc en Tunisie et des confirmations histologiques indiscutables.

III. — Contrairement à l'opinion qui avait force de loi, les tumeurs malignes cutanées sont très fréquentes chez l'Indigène de l'Afrique du Nord. Elles ont été observées par de nombreux médecins de l'intérieur et des hôpitaux urbains; 147 cas ont été publiés à ce jour, dont 31 dans le présent travail (9 personnels).

IV. — Elles atteignent indistinctement les différentes races de l'Afrique du Nord : Kabyles, Arabes d'Algérie, de Tunisie et du Maroc, l'Indigène de la campagne ou des villes, de la montagne ou de la plaine.

V. — Elles semblent au moins aussi fréquentes chez l'Indigène que chez l'Européen. Le terme d' « immunité de race » appliqué à l'Indigène musulman constitue une grosse inexactitude et doit disparaître. Aux mêmes facteurs étiologiques, l'Indigène réagit de la même façon que l'Européen.

VI. — L'Epithélioma est de beaucoup la tumeur la plus répandue. Le Sarcome cutané est beaucoup plus rare et se présente, par rapport à l'Epithéliome, dans la proportion de 5 à 10 % au maximum.

VII. — Les tumeurs malignes de la face sont de beaucoup prédominantes (75 % environ). Elles intéressent plus particulièrement, comme chez l'Européen d'ailleurs, le pourtour des orifices naturels : nez, lèvres, paupières.

VIII. — Les deux formes cliniques le plus souvent observées sont l'Epithélioma végétant ou ucéro-végétant et l'Epithélioma térébrant. Il importe de s'appliquer à en faire le diagnostic précoce de façon à pouvoir opérer lorsqu'il en est temps encore. L'examen histologique sera à ce point de vue d'un secours précieux.

Vu :

Le Président de Thèse,

POUJOL.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

J. CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 9 Juillet 1919.

Le Recteur de l'Université,

E. ARDAILLON.

BIBLIOGRAPHIE

E.-L. Bertherand. — La Médecine des Arabes. 1855.

J.-B. Brault. — Les Maladies Cutanées et Vénériennes chez les Indigènes Musulmans de l'Algérie, in *Revue Générale des Sciences*. 1904.

— Pathologie et Hygiène des Musulmans d'Algérie. Alger, 1905.

— Le Cancer chez les Aborigènes Algériens, in Congrès des Sociétés Savantes. Avril 1905.

— Les Tumeurs Malignes chez les Indigènes, in *Gazette des Hôpitaux*. Août 1905.

— L'Epithélioma chez les Indigènes Musulmans, in *Janus*. Novembre 1905.

— Géographie des Colonies Françaises, in *Janus*. 1907-08.

— Epithélioma du Col Utérin et du Vagin chez une Femme Kabyle, in *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 1909.

Cancer chez les Indigènes des Colonies. L'Epithélioma chez les Indigènes Musulmans d'Algérie, in *Province Médicale*. Janvier 1912.

— L'Epithélioma chez les Indigènes Arabes et Kabyles en Algérie, in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. 1913.

— Deux cas d'Epithélioma de la Lèvre Inférieure chez les Femmes Indigènes, in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. 1913.

— Deux cas d'Epithélioma de la Lèvre Inférieure chez les Femmes Indigènes, in *Gazette des Hôpitaux Civils et Militaires*. 2 décembre 1913.

Brunswic-Le Bihan. — Epithélioma de la Lèvre et du Menton. Autoplastie, in *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Tunis*. 1904.

R. Broc. — Note sur l'Epithélioma Pavimenteux chez les Indigènes Musulmans Tunisiens, in *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Tunis*. Décembre 1912.

A. Cambillet. — Deux Observations de cancer chez les Indigènes, in *Bulletin Médical de l'Algérie*. 1910.

E. Conseil. — Le Cancer en Tunisie, in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. 1911.

Dussourt. — Topographie Médicale d'Orléansville, in *Mémoires*

de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie Militaires. 1853.

Gaudineau. — Topographie Médicale de Philippeville, in *Recueils de Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie Militaires.* 1842.

E. Grellois. — Topographie Médicale d'Hammam-Meskoutine, in *Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie Militaires.* 1846.

H. Gros. — Un Cas de Cancer de la Langue chez une Femme Indigène, in *Bulletin Médical de l'Algérie.* 1908.

— La Question du Cancer chez les Musulmans de l'Afrique Septentrionale, in *Bulletin Médical de l'Algérie.*1912.

L. Leclerc. — Une Mission en Kabylie. 1864.

E. Legrain. — Notes de Pathologie Spéciale des Indigènes Algériens, in *Revue Médicale de l'Afrique du Nord.* 1899.

— Le Sarcome Cutané et sa Guérison par des Moyens Empiriques Indigènes. Note à l'Académie de Médecine. 1896.

J. Montpellier. — L'Epithéliome de la Peau chez l'Indigène de l'Algérie, in *Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux.* 24 décembre 1918.

— La Question de l'Epithéliome de la Peau chez l'Indigène de l'Algérie. Stamel, éditeur. Alger, 1919.

— Les Tumeurs Malignes de la Peau chez les Indigènes de l'Algérie, in *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique.* 9 avril 1919.

L. Raynaud. — Affections Cutanées et Vénériennes des Berbères de l'Aurès. 1893.

— Maladies Cutanées et Vénériennes signalées chez les Indigènes Algériens, in *Revue Médicale de l'Afrique du Nord.* 1898.

— Les Maladies Cutanées au Maroc. 1901.

L. Vaquier. — Rareté du Cancer en Tunisie, in *Bulletin et Mémoire de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie.* Congrès 1907.

Vedrenne. — Climatologie Générale de la Grande Kabylie, in *Mémoires de Médecine et de Chirurgie Militaires.* 1859.

E. Vincent. — Exposé Clinique des Maladies des Kabyles, in *Bulletin de la Société de Médecine d'Algérie.* 1861.

Weinberg. — Enquête sur l'Appendicite en Tunisie avec quelques Documents sur la Fréquence des Tumeurs Malignes dans la Régence. *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis.* 1911

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I. — **Historique** 13

CHAPITRE II. — **Enquête Médicale dans l'Afrique du Nord** 29

CHAPITRE III. — **Observations Personnelles** 43

CHAPITRE IV. — **Considérations Etiologiques** 75

CHAPITRE V. — **Conclusions Générales** 83

BIBLIOGRAPHIE 85